

Rapport Technique HFS No. 4F

**INSTRUMENTS D'ANALYSE DE POINT MORT
ET DE CONTROLE FINANCIER
A L'HOPITAL MIREBALAIS, HAITI**

Présenté à:

**La Division des Services de Santé
Office de la Santé
Bureau de la Science et de la Technologie
Agence pour le Développement International**

par

**Kirsten Frederiksen
Abt Associates Inc.**

**Serge Fernandez
Consultant**

Avril 1991

Projet HFS (Financement et Pérennisation de la Santé)

Abt Associates Inc., Maître d'oeuvre
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 USA
Tel: (301)913-0500 Fax: (301)652-3916
Telex: 312636

Management Sciences for Health, **Sous-traitant**
The Urban Institute, **Sous-traitant**

Contrat AID No. DPE-5974-Z-00-9026-00

PREFACE

Le projet HFS (Financement et Pérennisation de la Santé) est un projet de cinq ans dressé par la Division des Services de Santé de l'Office de la Santé, Bureau de la Science et de la Technologie de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, et qui a démarré en septembre 1989. Il fournit une assistance technique, mène des travaux de recherche appliquée, et diffuse une information sur le financement et l'organisation de la santé dans les pays en développement. L'objet du projet est d'influencer l'évolution des principes de politique, de contribuer à leur réalisation, et de démontrer et d'évaluer les effets de diverses variantes en matière de règles et de mécanismes applicables au financement des services de santé.

Le présent rapport est un exemple de l'assistance technique fournie par HFS. Le projet exécute des tâches d'assistance technique pour aider les gouvernements des pays en développement et les organisations du secteur privé à faire face aux problèmes de financement de la santé. Dans le cas de la présente étude, à l'hôpital de Mirebalais, en Haïti, HFS travaille avec une organisation bénévole privée, Eye Care MARCH (Gestion et Ressources pour la Santé communautaire), afin de dresser un plan de financement de la santé.

Le plan porte sur la génération de ressources par le recouvrement des coûts, l'un des cinq domaines techniques prédominants de HFS. Le premier volet des travaux de HFS s'est concentré sur la façon d'aider l'hôpital de Mirebalais à améliorer sa tarification dans le cadre de son système de recouvrement des coûts. Cette tarification doit permettre à l'hôpital d'atteindre le point d'équilibre financier tout en fixant les prix à des niveaux permettant de subventionner (1) les services qu'il souhaite promouvoir, tels que les vaccinations, et (2) l'utilisation des services par les personnes dont les moyens financiers sont faibles. De plus, le système de fixation des prix doit prendre en considération les effets des niveaux des prix sur l'utilisation des services. Un logiciel prenant la forme d'un tableur de type courant a été mis au point pour permettre à l'hôpital de simuler l'effet de n'importe quelle combinaison de niveaux de prix, de subventions internes et d'exonérations de paiement sur les résultats financiers.

Le deuxième volet des travaux de HFS a aidé l'hôpital à améliorer le fonctionnement de ses systèmes d'enregistrement des patients, de comptabilité et de contrôle financier, lesquels sont essentiels au bon fonctionnement des mécanismes de recouvrement des coûts.

Cette assistance technique a été fournie par HFS sur la demande de USAID/Port-au-Prince et avec le concours de son financement. USAID/Port-au-Prince aide les organisations bénévoles du secteur privé à élaborer des principes de financement permanent de la santé, à mesure que le secteur privé assume un rôle de plus en plus important dans la prestation de services de santé en Haïti.

REMERCIEMENTS

Les auteurs veulent remercier David Eckerson, de USAID/Port-au-Prince, et le docteur Antoine Augustin, de Eye Care MARCH, pour leur intérêt et leur contribution au projet. Nous tenons aussi à exprimer notre reconnaissance aux personnels de Eye Care MARCH et de l'hôpital de Mirebalais, pour nous avoir permis d'accomplir notre tâche et pour avoir répondu à nos nombreuses questions. Nous remercions tout spécialement J.R. Eliacin, Mme M. Malary, le docteur Hudicourt, X. Leus et M. J. Derriennic qui se sont intéressés à notre travail et nous ont aidés à garantir sa réussite. Ce rapport a bénéficié du concours précieux des spécialistes de financement de la santé de HFS, parmi lesquels R. Levine, R. Roberts et R. Bitran. Notre gratitude à J. Bennett pour avoir su régler bien des problèmes, avant et pendant le travail sur les lieux qui a abouti à la rédaction de ce rapport.

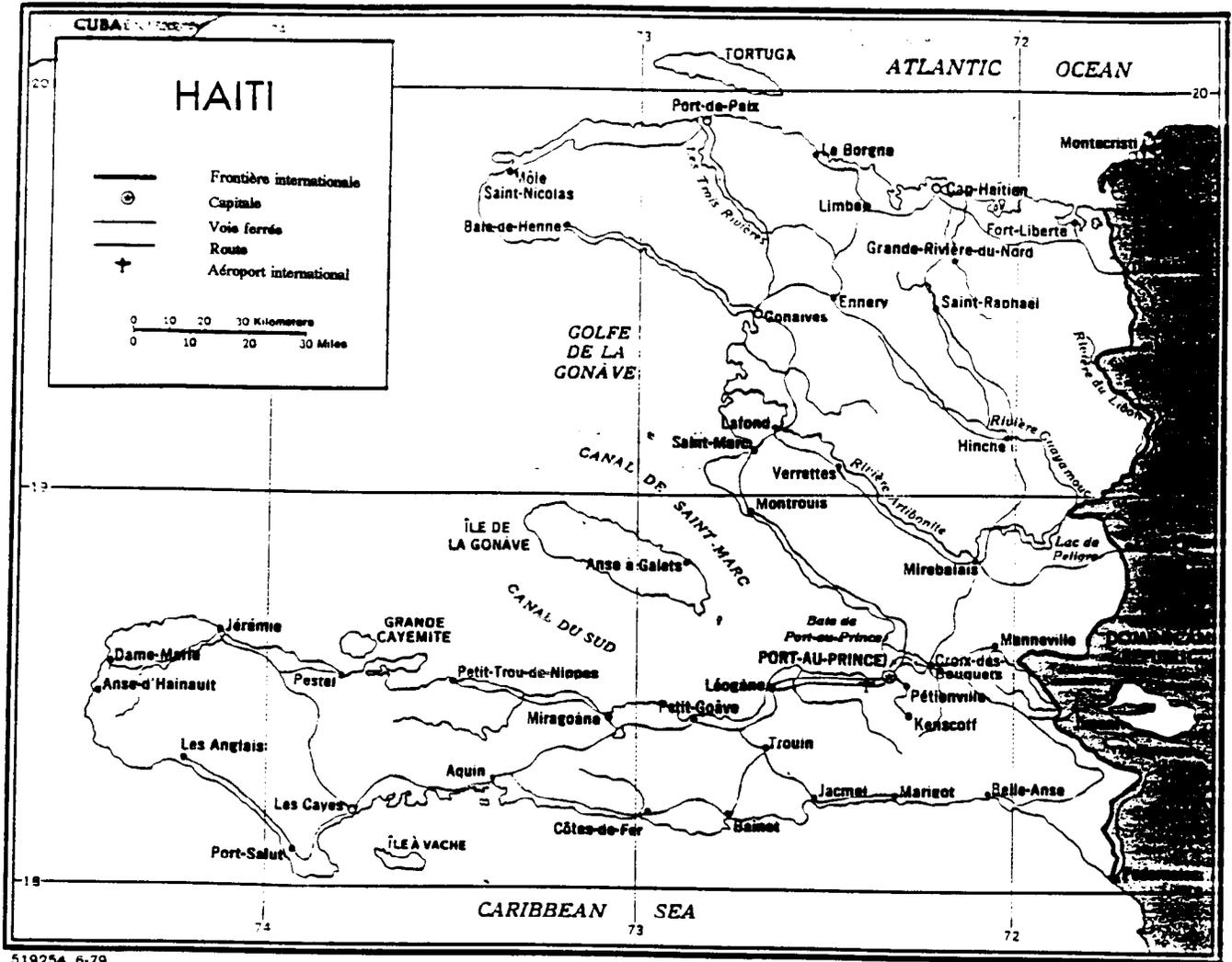
RESUME

Pour parvenir à l'autosuffisance financière, l'hôpital de Mirebalais, un hôpital d'Haïti dirigé par l'organisation bénévole privée Eye Care MARCH (Gestion et Ressources pour la Santé communautaire) a institué un système de recouvrement des coûts. Toutefois, les sommes demandées en paiement ne produisent pas suffisamment de recettes pour couvrir les coûts et la collecte des paiements ne suit pas une méthode rigoureuse.

Une analyse de point mort montre que si les prix de la plupart des services (mis à part les soins chirurgicaux, les accouchements et les soins de maternité) étaient augmentés de 25% en valeur réelle, l'hôpital pourrait atteindre le seuil de rentabilité en six ans. Ceci sous-entend des taux de collecte des paiements de 100% et une augmentation de 50% par rapport aux prix actuels.

La collecte des paiements et l'administration financière peuvent être améliorées par l'assignation des tâches de collecte des paiements à des personnes expressément désignées et n'ayant aucune responsabilité dans le domaine de l'enregistrement des patients, l'amélioration des formulaires d'information comptable et de la chaîne de contre-vérifications, l'amélioration du suivi des patients grâce à un système d'information employant une numérotation, l'obligation de rendre des comptes concernant les sommes encaissées, et l'utilisation d'un système de comptabilité à un livre et d'un plan comptable révisé. Pour améliorer la surveillance et le contrôle financier, on peut utiliser des rapports réguliers sur la situation financière.

CARTE D'HAÏTI



Source: Département d'Etat des Etats-Unis, Notes de référence, 1987.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES GRAPHIQUES	i
SYNTHESE	ii
LISTE DES SIGLES	iv
1.0 INTRODUCTION	1
1.1 VUE D'ENSEMBLE ET OBJECTIFS DE L'ANALYSE	1
1.2 CONTEXTE	1
2.0 METHODOLOGIE DE L'ETUDE	5
3.0 CONTEXTE TECHNIQUE ET RESULTATS DE L'ANALYSE DE POINT MORT	8
3.1 INTRODUCTION AUX RESULTATS	8
3.2 CONTEXTE TECHNIQUE DE L'ANALYSE DE POINT MORT	8
3.2.1. Utilisation des services	8
3.2.2. Coûts d'hôpital	13
3.2.3. Tarification	18
3.3 ANALYSE DE POINT MORT	20
3.4 RECOMMANDATIONS TIREES DE L'ANALYSE DE POINT MORT	24
4.0 ENREGISTREMENT DES PATIENTS ET COLLECTE DES PAIEMENTS	26
4.1 INTRODUCTION A L'ANALYSE DU SYSTEME ADMINISTRATIF	26
4.2 METHODES ACTUELLES D'ENREGISTREMENT DES PATIENTS ET DE COLLECTE DES PAIEMENTS	26
4.2.1. Système pour les malades externes	26
4.2.2. Système pour les malades hospitalisés	27
4.3 FAIBLESSES DU SYSTEME ACTUEL	28
4.4 PROJET DE SYSTEMES D'ENREGISTREMENT DES PATIENTS ET DE COLLECTE DES PAIEMENTS	29
4.4.1. Projet de système pour les malades externes	29
4.4.2. Projet de système pour les malades hospitalisés	32
4.5 PROJET DE SYSTEME DE COMPTABILITE — HOPITAL DE MIREBALAIS ET CITY*MED	33
4.5.1. Pièces justificatives	33
4.5.2. Plan comptable	36
4.6 PLAN DE SUIVI ET D'EVALUATION AUX FINS DE CONTROLE FINANCIER	36
4.6.1. Le bilan	37
4.6.2. Ratios	39
4.6.3. Rapports	40
5.0 CONCLUSIONS	44
ANNEXE A: PORTEE DES TRAVAUX	A - 1
ANNEXE B: GLOSSAIRE	B - 1
ANNEXE C: IMPUTATION PAR PALIERS ET COUTS UNITAIRES ESTIMES	C - 1
ANNEXE D: TABLEUR DE CALCUL DE RENTABILITE ET INSTUCTIONS	D - 1

ANNEXE E: RESULTATS DE LA MISE A L'EPREUVE DES SCENARIOS ET ANALYSE DE SENSIBILITE.	E - 1
ANNEXE F: LIVRE DE COMPTES.	F - 1
ANNEXE G: PLANS COMPTABLES	G - 1
BIBLIOGRAPHIE	93

LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1:	EVENTAIL DES CAS TRAITES	8
GRAPHIQUE 2:	UTILISATION MENSUELLE DES SERVICES	10
GRAPHIQUE 3:	UTILISATION DES SERVICES DE CONSULTATION EXTERNE	10
GRAPHIQUE 4:	UTILISATION DES SERVICES D'HOSPITALISATION	11
GRAPHIQUE 5:	VOLUME DES SERVICES 1989-1990 - SERVICES D'HOSPITALISATION .	11
GRAPHIQUE 6:	VOLUME DES SERVICES 1989-1990 - SERVICES DE CONSULTATION . .	12
GRAPHIQUE 7:	UTILISATION DES SERVICES 1989-1990	12
GRAPHIQUE 8:	COUTS UNITAIRES DE L'HOPITAL DE MIREBALAIS, 1989 ET 1990 . .	14
GRAPHIQUE 9:	COUTS UNITAIRES DE L'HOPITAL DE MIREBALAIS, 1989 ET 1990, EN COMPTANT SEULEMENT LES COUTS DE L'OBP	15
GRAPHIQUE 10:	COUTS DES SERVICES DE L'OBP EN POURCENTAGE DU TOTAL DES COUTS ANNUELS D'HOPITAL, HOPITAL DE MIREBALAIS, 1989 ET 1990 .	16
GRAPHIQUE 11:	COUTS DE FONCTIONNEMENT -SERVICES DE CONSULTATION- 1989-1990	17
GRAPHIQUE 12:	COUTS DE FONCTIONNEMENT -SERVICES D'HOSPITALISATION- 1989-1990	17
GRAPHIQUE 13:	COMPARAISON ENTRE LES COUTS UNITAIRES ET LES PRIX PAR UNITE, HOPITAL DE MIREBALAIS	19
GRAPHIQUE 14:	TABLEAU SYNOPTIQUE DES SCENARIOS DE RENTABILITE,HOPITAL DE MIREBALAIS, 1990	21
GRAPHIQUE 15:	DIAGRAMME DE CIRCULATION DES PATIENTS	28
GRAPHIQUE 16:	FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT ET D'ADMISSION DES PATIENTS . .	31
GRAPHIQUE 17:	ECHANTILLON DE RELEVÉ JOURNALIER	34
GRAPHIQUE 18:	GRAND LIVRE DES COMPTES CLIENTS AVEC EXEMPLE	35
GRAPHIQUE 19:	FLUX D'INFORMATION COMPTABLE	37
GRAPHIQUE 20:	ECHANTILLON DE BILAN	38
GRAPHIQUE 21:	ECHANTILLON DE RAPPORT MENSUEL DE TRESORERIE	41
GRAPHIQUE 22:	ECHANTILLON DE RAPPORT MENSUEL DE ROTATION DES STOCKS . . .	42

SYNTHESE

Un système de recouvrement des coûts existe à l'hôpital de Mirebalais (HM), un hôpital rural d'Haïti dirigé par l'organisation bénévole privée Eye Care MARCH (sigle anglais de Gestion et Ressources pour la Santé Communautaire), dans le cadre de ses efforts pour obtenir une autosuffisance financière. Une étude menée en 1989 a cependant établi que les prix demandés pour la rémunération des services ne produisaient pas suffisamment de recettes pour couvrir les coûts et que la collecte des sommes dues par les patients ne suivait pas une méthode rigoureuse.

Sur la demande de l'USAID/Port-au-Prince et de la direction de Eye Care MARCH, Kirsten Frederiksen, spécialiste du financement de la santé qui collabore au Projet HFS (Financement et Pérennisation de la Santé), a effectué une analyse des coûts, de la tarification, du seuil de rentabilité, ou point mort, et de la surveillance des systèmes financiers à HM. Serge Fernandez, consultant de HFS, a analysé des systèmes de comptabilité et de contrôle financier d'hôpitaux. Les résultats de ces travaux, fournis dans le présent rapport, comprennent: un instrument pour l'analyse de point mort en fonction d'une variété de scénarios et pour l'établissement de projections de prix; des recommandations portant sur la tarification et sur l'utilisation à long terme de l'instrument d'analyse; une évaluation des systèmes de comptabilité et de contrôle financier; des recommandations portant sur l'amélioration de la comptabilité et des systèmes d'information comptable et de contrôle financier; et un plan de suivi et d'évaluation adapté aux besoins de l'hôpital.

L'analyse de point mort effectuée pour HM a démontré que dans la plupart des cas les prix des services sont inférieurs aux coûts moyens desdits services. Les prix ne se rapprochent des coûts moyens que pour quelques services seulement, parmi lesquels la chirurgie, les accouchements et les ordonnances.

A l'heure actuelle 30% environ des frais de fonctionnement de HM sont financés par des subsides de Eye Care MARCH, de l'USAID, du Ministère de la Santé Publique d'Haïti, et par des dons de sources diverses. Le reste est couvert par les paiements des patients et par un revenu subventionnel. Etant donné le niveau de ce soutien financier, HM a terminé l'année 1990 avec un léger excédent. En 1991 l'hôpital ne recevra plus de subventions (qui représentaient 50% des recettes de son compte d'exploitation). Cette réduction de fonds va aggraver considérablement la situation financière de l'hôpital.

Vu ces circonstances, on a exécuté une simulation numérique afin d'estimer jusqu'à quel point des changements de prix influeraient sur la position financière de HM et sur l'utilisation de ses services. Les calculs ont montré que si les prix de la plupart des services (mis à part les soins chirurgicaux, les accouchements et les soins de maternité) étaient augmentés de 25% en valeur réelle, l'hôpital pourrait atteindre le seuil de rentabilité en six ans. Ceci sous-entend des taux de collecte des paiements de 100% et une augmentation de 50% par rapport aux prix actuels. D'après la simulation, jusqu'à la fin de la cinquième année l'hôpital continuera à dépendre de recettes autres que celles venant de ses patients pour financer son déficit. En admettant que la qualité des services demeure constante, une augmentation de tarif de 25% pourrait néanmoins pousser la population de la circonscription hospitalière à moins faire usage des

services de l'hôpital. D'autres simulations de rentabilité ont indiqué que même si l'utilisation des services double alors que leurs prix augmentent, HM n'atteindra pas le seuil de rentabilité avant trois années de plus. En un mot, l'hôpital aura besoin de subventions externes pour demeurer financièrement viable et conserver son volume de services actuel.

Le modèle de simulation du rendement de HM est un instrument de planification permettant d'évaluer l'effet de différentes politiques ou circonstances sur les résultats financiers de l'hôpital et sur l'utilisation de ses services. La direction de HM peut se servir de ce modèle pour étudier d'autres scénarios et explorer une variété de solutions aux difficultés financières actuelles de l'hôpital. On pourrait également étudier plus à fond des méthodes de financement par paiement anticipé.

S'agissant des procédures administratives, le succès du recouvrement des coûts à HM demande des améliorations diverses dans les secteurs de l'enregistrement des patients, du règlement des créances et de la comptabilité. Citons la désignation de personnes spécialement préposées à la collecte des paiements et n'ayant aucune responsabilité dans le domaine de l'enregistrement des patients, l'amélioration des formulaires d'information comptable et de la chaîne de contre-vérifications, l'amélioration du suivi des patients à l'aide d'un système d'information employant une numérotation, l'obligation de rendre des comptes concernant les sommes encaissées, et l'utilisation d'un système de comptabilité à un livre et d'un plan comptable révisé. Pour améliorer la surveillance et le contrôle financier, on peut utiliser une méthode de rapports réguliers sur la situation financière. En fin de compte, le contrôle financier et la maîtrise des coûts sont tout aussi importants pour la réussite du recouvrement des coûts à HM que l'amélioration de la collecte des paiements et l'augmentation des recettes clients.

LISTE DES SIGLES

ABSE	Agences Bénévoles pour la Survie de l'Enfance
AOPS	Association des Oeuvres Privées de la Santé
CDS	Centres pour le Développement et la Santé
CHI	Child Health Institute
CMS	Coût Moyen des Services
HFS	Financement et Pérennisation de la Santé
HIV	Virus d'Immunodéficience humaine
HM	Hôpital de Mirebalais
IDB	Banque Interaméricaine de Développement
MARCH	Gestion et Ressources pour la Santé Communautaire
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OBP	Organisation Bénévole Privée
OPS	Organisation Panaméricaine de la Santé
PIB	Produit National Brut
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International

1.0 INTRODUCTION

1.1 VUE D'ENSEMBLE ET OBJECTIFS DE L'ANALYSE

L'hôpital de Mirebalais (MH), un petit hôpital rural d'Haïti dirigé par l'organisation bénévole privée Eye Care MARCH (Gestion et Ressources pour la Santé Communautaire) est actuellement financé à la fois par l'aide de donateurs et par les paiements effectués par les utilisateurs de ses services. Reconnaissant qu'en toute probabilité les organismes donateurs ne continueront pas à subventionner des services curatifs - du moins pas aux mêmes niveaux qu'aujourd'hui - la direction de HM fait face à la tâche de revoir son barème des prix de telle sorte que les paiements des patients couvrent une plus grande proportion des dépenses qu'à l'heure actuelle. Mais une tarification révisée ne permettra pas à elle seule d'atteindre le double but que s'est donné l'hôpital, c'est-à-dire de parvenir à l'autosuffisance financière et de conserver la possibilité de servir ceux qui ne sont pas en mesure de payer pour obtenir des services de santé. Sont indispensables également un moyen de prédire l'effet d'augmentations de prix sur l'utilisation, un mécanisme de protection des économiquement faibles, et des systèmes efficaces de collecte des paiements, de comptabilité et de surveillance financière qui soient réalisables au plan administratif.

L'objet de l'analyse contenue dans le présent rapport est d'améliorer le système de recouvrement des coûts de HM. Ce rapport a pour but de guider la mise en oeuvre à HM d'un système modifié de recouvrement des coûts en fournissant un instrument de calcul des seuils de rentabilité d'après différentes hypothèses concernant la structure des prix, la demande et les coûts, ainsi que des recommandations tendant à améliorer le contrôle financier et administratif à l'hôpital. Les recommandations contenues dans le présent rapport fourniront un élément important pour la définition d'un système de contrôle administratif et financier amélioré que l'on est en train de mettre au point pour d'autres activités de Eye Care MARCH. (Voir annexe A, Portée des travaux.)

La première section du rapport contient des renseignements de fond. La section 2 décrit la méthode suivie pour l'analyse. La section 3 présente le contexte technique et les résultats de l'analyse de point mort, en particulier les données concernant l'utilisation, les coûts et la tarification ainsi que les résultats analytiques, et des recommandations portant sur la modification du barème des prix. La section 4 est consacrée à un examen (accompagné de recommandations) des faiblesses actuelles des pratiques administratives associées au recouvrement des coûts: enregistrement des patients et collecte des paiements; comptabilité; suivi et évaluation aux fins de contrôle financier. La dernière section tire certaines conclusions. On trouvera un glossaire en annexe B.

1.2 CONTEXTE

L'hôpital de Mirebalais est situé dans une région rurale de la cordillère centrale d'Haïti qui couvre environ 400 kilomètres carrés. Bien que l'hôpital se trouve à 40 kilomètres seulement de Port-au-Prince, dans la direction nord, il n'est pas aisé de s'y rendre ou de circuler dans les alentours. La région est coupée en deux par l'Artibonite, la plus grande rivière d'Haïti, et elle est habitée principalement par des agriculteurs de subsistance. Il y a cependant ici

et là des plantations de café et de tabac. La région compte plus de 110 000 habitants (Child Health Institute, 1990).

Les problèmes de santé à Mirebalais sont caractérisés par une morbidité et une mortalité élevées dont les causes sont la diarrhée, la malnutrition, les infections respiratoires et d'autres maladies infectieuses chez les enfants, et la tuberculose et le paludisme chez les adultes. Selon l'Institut Haïtien de l'Enfance, plus de 40% des décès d'enfants en bas âge surviennent durant la période néonatale et plus de 61% des décès d'enfants de moins de cinq ans surviennent avant l'âge de un an (82% des décès d'enfants de moins de cinq ans surviennent dans les 24 premiers mois d'existence). La cause première des décès est la diarrhée, suivie des infections respiratoires. On suppose que la tuberculose constitue la cause première des décès parmi les adultes, mais on manque de données complètes sur les décès des adultes dans la région. Dans d'autres régions rurales d'Haïti, la prévalence estimée de la tuberculose est de 2%. Dans la circonscription de Mirebalais, la mortalité maternelle est de cinq pour 1 000 (Augustin, 1989). Ainsi, les complications de la grossesse sont une cause importante de mortalité parmi les femmes de 15 à 49 ans. Le paludisme est endémique dans la région et des cas non confirmés de sida (syndrome d'immunodéficience acquise) ont été signalés au cours des mois derniers.

Avant 1989, la circonscription de Mirebalais ne disposait que de services de santé très réduits, bien que Eye Care Haïti, une organisation bénévole privée, ait fait fonctionner une antenne dans la région depuis 1985. Des soins curatifs étaient fournis par une équipe du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) à partir de ce qui était alors le dispensaire Mirebalais.

Au début de 1989, le MSPP demanda à Eye Care de coordonner les activités de santé pour la région de Mirebalais et d'assumer la responsabilité du fonctionnement du dispensaire. Eye Care MARCH fut créé à cette fin. Afin de faire face aux problèmes de santé publique les plus pressants de la région, le dispensaire fut converti en un hôpital de 20 lits et les services d'animation communautaire furent intensifiés.

Eye Care a pour principe de demander aux utilisateurs de ses services curatifs de fournir une contribution financière en échange des soins qu'ils reçoivent. Toutefois, grâce à une aide financière importante provenant de divers organismes donateurs parmi lesquels USAID/Port-au-Prince, la Fondation interaméricaine et World Neighbors, les sommes demandées en paiement avaient pu se maintenir bien au-dessous des coûts. En 1989, se rendant compte que l'aide des donateurs ne financerait pas les frais de fonctionnement de services de médecine curative, Eye Care MARCH demanda qu'on l'aide à déterminer le montant des coûts annuels de fonctionnement de l'hôpital de Mirebalais et la mesure dans laquelle les contributions des patients pouvaient y subvenir. Il n'est pas demandé de paiement pour les services de médecine préventive communautaire et l'on suppose que les bailleurs de fonds continueront de subventionner ces services.

Vers le deuxième semestre de 1989, une étude estima les coûts des services fournis par HM et l'on évalua les résultats obtenus par l'hôpital en ce qui concerne le recouvrement de ces coûts. L'analyse a montré que si les prix des services curatifs approchaient des coûts moyens, une bonne partie des prix

seraient à la portée de la population de la circonscription. Par exemple, les prix des services de consultation externe et des produits pharmaceutiques s'élèveraient à moins de 1% du produit intérieur brut par habitant (PIB). Ceci indique que Mirebalais peut parvenir à l'autosuffisance financière, pourvu que les taux de collecte des paiements soient élevés. Mais l'analyse des résultats obtenus dans ce domaine a montré que les prix demandés n'étaient pas en harmonie avec les coûts et que la collecte des paiements ne suivait pas une méthode rigoureuse. Eye Care MARCH aimerait améliorer le système de recouvrement des coûts afin que l'hôpital atteigne le seuil de rentabilité. Quant à savoir si ses recettes permettront de financer une partie des services d'animation communautaire, cela dépendra en partie de la mesure dans laquelle ces systèmes peuvent être améliorés et produire un excédent.

Avant qu'un système amélioré de recouvrement des coûts soit implanté à HM, des tâches additionnelles doivent être accomplies. Tout d'abord, la structure des prix doit être révisée. On cherche à encourager l'utilisation de certains services préventifs sous-utilisés tels que les vaccinations et les soins prénatals, et alléger le fardeau financier des malades hospitalisés. Pour parvenir à l'autosuffisance financière tout en fixant les prix de ces services au-dessous de leur coût, il serait indispensable de surévaluer les services coûtant moins et pour lesquels la demande est plus forte, comme certains services de consultation externe et certains produits pharmaceutiques (ce qui revient à créer des subventions internes). Il peut être nécessaire également de prendre en considération, dans la fixation des prix, les coûts du programme de santé communautaire, si ledit programme vient à avoir besoin d'une subvention alimentée par les recettes de l'hôpital.

Deuxièmement, la mise en oeuvre d'un système amélioré de recouvrement des coûts nécessite l'amélioration des mécanismes administratifs, parmi lesquels on compte la collecte et les exonérations de paiement, le contrôle financier et la protection des fonds. De plus, il faut améliorer le suivi des coûts, des recettes et de l'utilisation des services.

Troisièmement, une fois le système de fixation des prix mis en place et les systèmes administratifs améliorés, l'hôpital aura besoin d'un plan de suivi et d'évaluation, de sorte que prix et mécanismes administratifs puissent être réglés au cours du temps. Par exemple, pour garantir l'autosuffisance, des ajustements tarifaires peuvent devenir nécessaires en fonction de l'évolution des coûts et de l'utilisation. Au bout d'un certain temps, la structure de l'utilisation peut ne pas répondre au tarif des services de la manière prévue lors de la fixation des prix. Il faut également que les prix montent avec l'inflation des coûts. Le système d'exonération peut éventuellement ne pas garantir adéquatement l'accès des pauvres aux services ou exiger un paiement de la part de ceux qui ne sont pas en mesure de payer.

Enfin, les systèmes de comptabilité et de contrôle financier mis au point pour HM doivent être en harmonie avec ceux qu'on est en train d'élaborer pour d'autres activités de Eye Care MARCH. L'une de ces activités est City*Med, un nouveau projet soutenu par l'USAID et dont la mission est d'établir et diriger un réseau de six formations sanitaires autofinancées de diagnostic en Haïti à partir de la fin de 1990. Il est important de coordonner les recommandations faites pour HM avec celles envisagées pour City*Med, car elles fourniront de part

et d'autre la base d'un système amélioré de comptabilité et de contrôle financier à mettre en place à Eye Care MARCH. Ce système intégré permettra à Eye Care MARCH de gérer et contrôler avec efficacité sa liste grandissante d'activités.

2.0 METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Afin de recommander des améliorations au système de recouvrement des coûts de l'hôpital de Mirebalais de Eye Care MARCH, il a fallu mener à bien plusieurs activités. On trouvera ci-après une description des méthodes appliquées, qui servent de fondement à l'analyse fournie dans le présent rapport.

Aux fins d'établissement d'un barème des prix pour HM, on a procédé à l'actualisation des estimations de coûts et de l'évaluation des recettes effectuées par Frederiksen en 1989, en tenant compte de l'évolution des salaires, du prix des produits pharmaceutiques et d'autres éléments de coût. On a proposé des variations de prix par rapport aux coûts, en établissant les prix au-dessous des coûts moyens pour les services à promouvoir, tandis que des augmentations compensatrices étaient appliquées aux prix d'autres services. Il a été tenu compte d'un certain pourcentage d'exonérations de paiement accordées aux patients indigents. On a établi des projections de recettes, ainsi que des ajustements de prix, afin de déterminer le point mort, ou seuil de rentabilité, en fonction de différents scénarios.

Afin d'établir un barème des prix pour une variété de scénarios, on a élaboré un tableur de calcul électronique en mode interactif, contenant les divers éléments d'une analyse de point mort. Le tableur Lotus 1-2-3, d'un emploi facile, permet d'estimer les recettes sur la base de prix de services et de taux d'utilisation variables, ainsi que les coûts, sur la base de charges renouvelables fixes et variables. Le seuil de rentabilité est calculé à partir des estimations de recettes et de coûts. Le tableur contient également des variables susceptibles d'être modifiées et qui influent sur le point mort. L'annexe D contient des indications sur le mode d'emploi du tableur ainsi que les formules de cellule. Des disquettes ont été fournies aux administrateurs de l'hôpital de Mirebalais.

On a passé en revue la documentation portant sur l'élaboration de stratégies de tarification applicables aux services de santé, afin de dégager les variables clé susceptibles d'influer sur le résultat de l'analyse et pouvant être introduites dans le tableur. Les variables introduites comprennent le revenu par habitant, l'élasticité-revenu de la demande (rapport entre la variation de la demande et la variation du revenu, exprimé en pourcentage), l'élasticité-prix de la demande (rapport entre la variation de la demande et la variation du prix, exprimé en pourcentage), et le taux d'accroissement démographique. On n'a pas fait varier les élasticités revenu et prix dans le modèle, mais on les y a incluses pour donner une idée générale de la façon dont le point mort peut être modifié par ces variables. Des variables susceptibles d'influer sur les recettes et les coûts ont été incluses également, tels les taux de collecte et d'exonération de paiement, ainsi que l'inflation, les subsides et le gaspillage pharmaceutique. Il a fallu de nombreuses itérations du modèle, en changeant les variables clé dans différents scénarios, pour montrer comment les prix peuvent être établis selon les circonstances. On a estimé les prix nécessaires pour parvenir au seuil de rentabilité et les prix nécessaires pour produire un excédent dans le cadre de ces différents scénarios.

Etant donné les ensembles de prix à appliquer, on a évalué les systèmes existants de collecte des paiements, de contrôle financier et de protection des

fonds. On a mis en évidence les points faibles des systèmes actuels et formulé des recommandations pour y remédier. Des méthodes permettant de déterminer systématiquement qui doit bénéficier d'une exonération de paiement ont été établies en s'inspirant des pratiques courantes. Les recommandations concernant la modification du système actuel portent également sur la conception de méthodes de rassemblement de données de gestion financière sur une base régulière. Cette information doit comprendre le volume de services fournis, par catégorie, les exonérations accordées, les coûts des services et les recettes encaissées, pour chaque unité de service de l'hôpital. Des modèles de formulaire pour le rassemblement et la présentation sommaire de cette information sont recommandés.

Enfin, un plan de suivi et d'évaluation du système sur une base périodique a été dressé. Ce plan prévoit la fréquence des rapports de gestion financière, la fréquence et les méthodes d'ajustement des prix en fonction des variations des coûts des intrants, ainsi que des méthodes d'évaluation et d'ajustement de la structure des prix et des exonérations, afin de maintenir l'autosuffisance financière tout en favorisant certains services et en garantissant l'accès de la population de la circonscription aux services dont elle a besoin. Une courte période de formation à l'usage du tableur et du système financier et administratif a été fournie au directeur principal de Eye Care MARCH.

On ne saurait surestimer l'importance du dialogue continu qui a eu lieu tout au long de l'analyse, avec les administrateurs principaux, les bailleurs de fonds, le personnel hospitalier et les autres consultants. Ainsi a-t-on pu obtenir une information à jour sur les systèmes et pratiques en vigueur à Eye Care MARCH et HM. De plus, on a pu mettre à l'essai la faisabilité de certaines améliorations avant de recommander leur mise en oeuvre. Pour diffuser les conclusions, une présentation sommaire des problèmes étudiés, des méthodes appliquées, des résultats et des recommandations proposées a été faite à la direction de Eye Care et au personnel de l'USAID. Plusieurs personnes, y compris le personnel de l'USAID, des administrateurs de Eye Care, le personnel de l'OPS et des spécialistes de HFS en matière de financement de la santé ont examiné le projet de rapport.

En résumé, cette analyse a couvert les aspects suivants:

- Révision des estimations de coût de 1989 pour les activités de santé communautaire de HM et de Eye Care MARCH.
- Examen de la documentation portant sur la tarification et la demande de services de santé dans les pays en développement, et notamment des rapports pertinents de source nationale.

- Elaboration d'un tableur pour l'étude itérative de la tarification des services HM et du point mort en fonction de différents scénarios; recommandation de différents barèmes de prix fondés sur ces scénarios.
- Evaluation des systèmes actuels de collecte et d'exonération de paiement, de contrôle financier et de protection des fonds; détermination des points faibles et recommandations pour y remédier.
- Elaboration d'un plan de suivi et d'évaluation des systèmes au cours du temps.

3.0 CONTEXTE TECHNIQUE ET RESULTATS DE L'ANALYSE DE POINT MORT

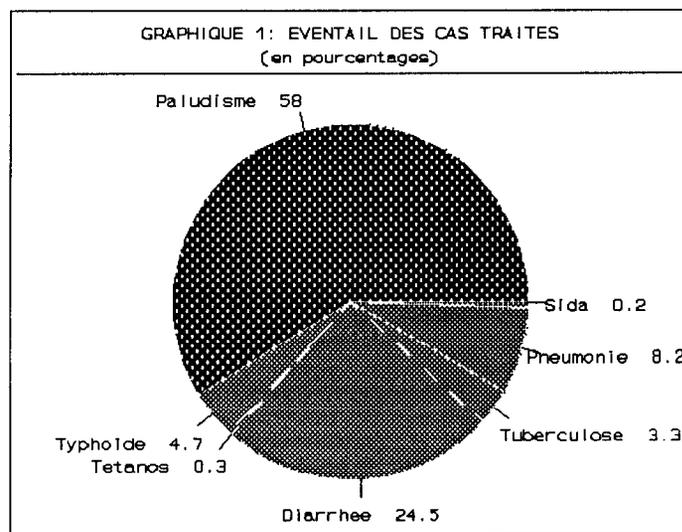
3.1 INTRODUCTION AUX RESULTATS

Cette section présente d'abord des renseignements sur la structure de l'utilisation des services à HM, des estimations des coûts annuels par service, et des prix par unité de service. Ceci fournit une image du niveau de recouvrement des coûts à l'hôpital et sert de toile de fond pour l'analyse de point mort. Diverses hypothèses sont employées dans l'analyse pour estimer l'effet de différents barèmes de prix sur la situation financière de l'hôpital. La fin de la section contient des recommandations portant sur le rassemblement de données additionnelles et sur des révisions à apporter au barème.

3.2 CONTEXTE TECHNIQUE DE L'ANALYSE DE POINT MORT

3.2.1. Utilisation des services

Comme l'indique le graphique 1 ci-dessous, les maladies infectieuses sont la caractéristique prédominante de l'éventail des cas traités à HM. D'après les fichiers de l'hôpital, le paludisme est la cause principale de maladie à l'hôpital, représentant plus de 58% de tous les cas rencontrés. La maladie diarrhéique chez les nourrissons vient en deuxième rang et constitue près de 25% de la totalité des cas. On voit également des maladies infectieuses, parmi lesquelles des infections respiratoires aiguës (pneumonie), la typhoïde, la tuberculose et le tétanos, comme l'indique le graphique. On a commencé à signaler des cas éventuels de sida au cours des mois derniers, mais l'hôpital ne dispose pas de test HIV pour les confirmer.



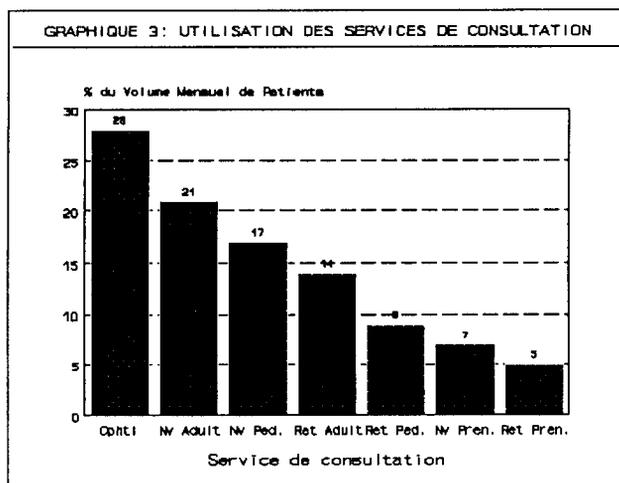
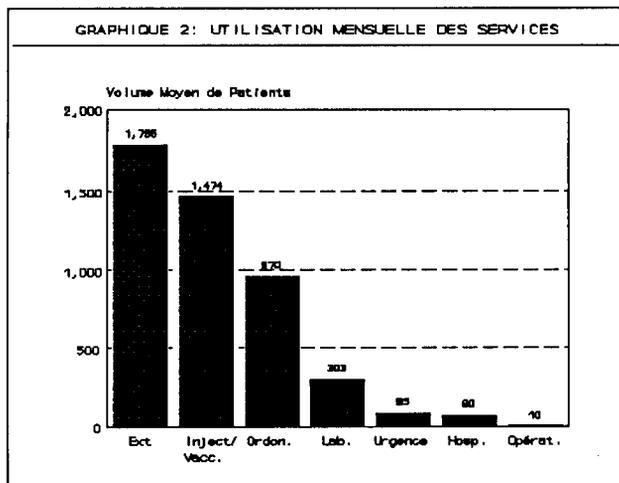
L'éventail des cas traités reflète en partie seulement l'incidence de la maladie dans la population de la circonscription hospitalière. Ceci est une indication du fait que de nombreuses maladies courantes dans la communauté ne sont pas traitées à l'hôpital. Par exemple, la cause majeure de morbidité chez

Les adultes de la région de Mirebalais est la tuberculose. Pourtant, trois pour cent seulement de tous les patients vus à l'hôpital ont une cutiréaction tuberculinique positive. On soupçonne que la plupart des cas de tuberculose cherchant à obtenir des soins s'adressent à un petit établissement missionnaire de la région de Mirebalais qui se spécialise dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose, mais cet établissement n'a pas été visité. Il se peut également que les personnes atteintes de tuberculose ne cherchent pas à obtenir un traitement.

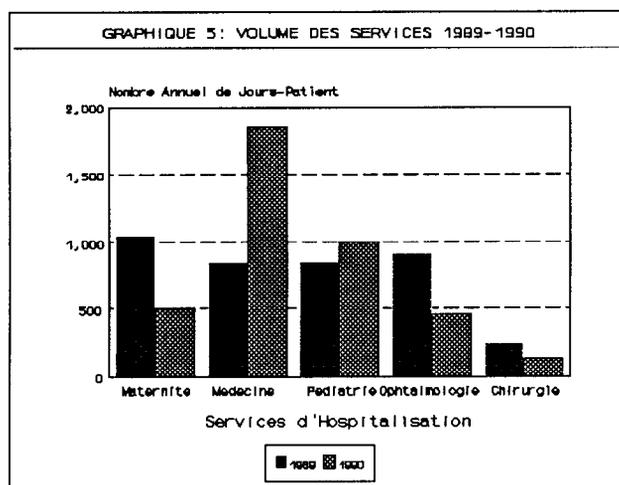
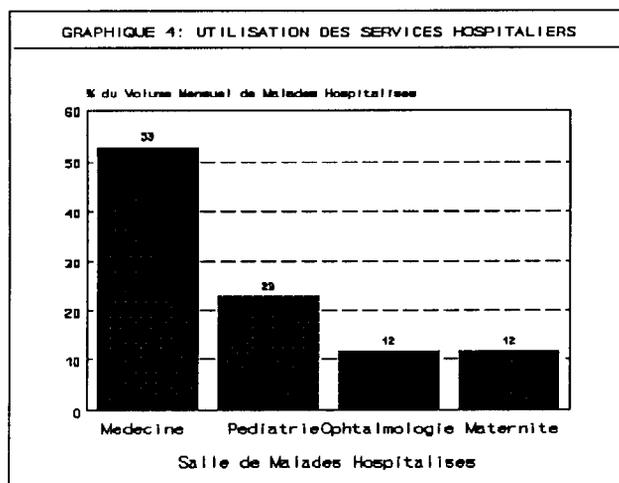
Nombre de femmes enceintes ne se présentent pas aux visites de contrôle prénatal. A tout moment dans les zones rurales d'Haïti, la proportion de femmes enceintes représente environ le tiers de la totalité des femmes en âge de procréer (300 pour 1000) (Cayemittes et Chahnazarian, 1989). Le taux de mortalité maternelle est estimé à cinq pour 1 000 (Augustin, 1989). Toutefois, les registres hospitaliers n'indiquent que 200 visites prénatales par mois et une moyenne de huit visites de maternité par mois (en comptant les accouchements) pour des patientes hospitalisées. Plus de 90% des accouchements dans les zones rurales se font à la maison, et la présence de HM n'a pas changé cette tendance. Bien que l'hôpital possède un obstétricien à plein temps, la plupart des mères préfèrent donner naissance dans leur foyer en raison des grandes distances, des coûts d'opportunité et de certains facteurs culturels. Enfin, aucun cas de rougeole ne figure dans les registres. Cela est dû peut-être à la campagne d'immunisation, qui a une couverture de plus de 70% dans la région. D'autres causes majeures de morbidité vues par l'hôpital, y compris la maladie diarrhéique, les infections respiratoires et le paludisme, reflètent la forte incidence de ces maladies parmi la population rurale.

Le rôle prédominant de l'hôpital au sein de la communauté semble être de diagnostiquer et traiter les maladies infectieuses. La preuve en est que pour chaque malade hospitalisé, on dénombre 22 malades externes. Comme l'indique le graphique 2, environ 1 796 malades externes passent chaque mois par les services de consultation (soit 21 552 malades par an), en comparaison de 80 malades hospitalisés par mois. En 1990, 3 876 jours-patient ont été passés à HM. Avec 20 lits, l'hôpital a un potentiel de 7 300 jours-patient par an. En conséquence, le taux d'occupation est de 53% environ.

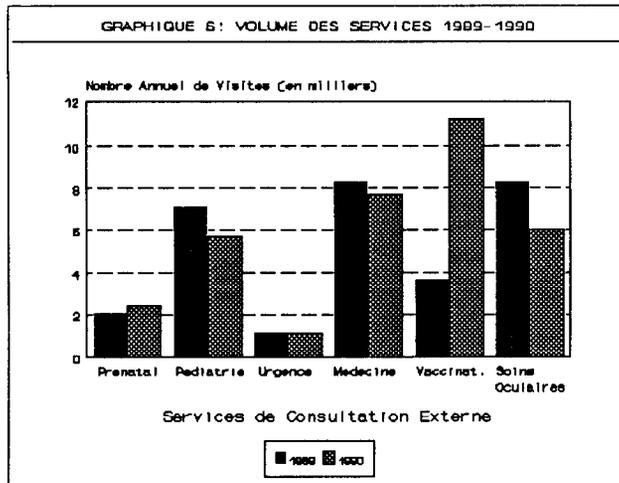
Parmi les services de consultation externe, les plus fréquemment utilisés ont été l'administration d'injections et de vaccinations et les services pour les adultes, y compris l'ophtalmologie et la médecine générale (voir graphique 3). Les visites prénatales, à hauteur de 12%, représentent le pourcentage le plus faible de visites de malades externes.



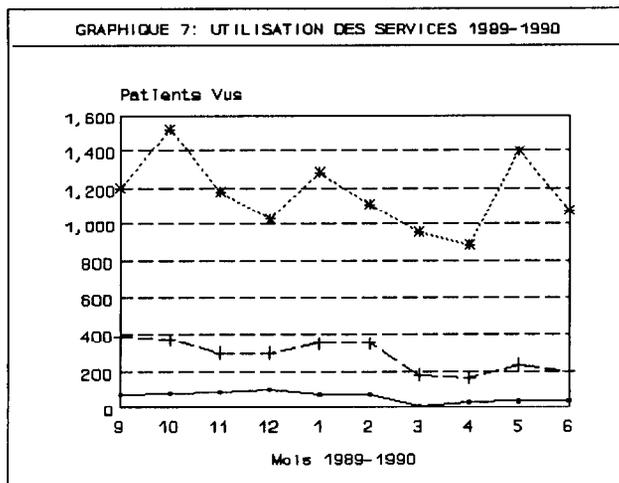
En ce qui concerne les services d'hospitalisation, la salle de médecine générale a reçu 53% de tous les malades hospitalisés, ce qui en fait le service le plus fréquemment utilisé (voir graphique 4). Les services d'ophtalmologie et la salle de maternité n'ont vu que 12% de tous les malades hospitalisés. Le faible nombre de malades visitant ces services s'explique en partie par le manque de médecins spécialistes dans ces domaines en 1990. Si l'on compare les chiffres de 1989 au volume estimé de services pour 1990, on voit encore plus nettement le faible volume attribué aux services de maternité et d'ophtalmologie (voir graphique 5 ci-dessous). De fait, entre 1989 et 1990 le volume a diminué de plus de 50% dans chacun de ces services. Les mêmes constatations s'appliquent au service de chirurgie. Par contre, la salle de médecine générale a vu une augmentation du volume de patients atteignant presque 100%. Un médecin généraliste était présent durant cette période.



Tandis que certains services, comme celui de la médecine, accusent une augmentation de leur volume de patients depuis 1989, la tendance générale est à la baisse. Comme l'indique le graphique 6, beaucoup de services de consultation externe ont vu leur volume de patients diminuer entre 1989 et 1990. Une des raisons de ce déclin pourrait être la situation politique dans le pays, qui a empiré nettement entre 1989 et 1990. Par exemple, vers le début de 1990, le général Avril a été forcé de démissionner. On pense que beaucoup de gens, ne sachant qui lui succéderait ou quel parti politique viendrait au pouvoir, hésitaient à s'éloigner de leur foyer ou leur village, même s'ils avaient besoin de soins médicaux. De plus, durant cette période troublée, les médecins se sont rendus moins fréquemment à l'hôpital pour y voir des malades.



Entre mars et avril 1990, tandis que la situation politique évoluait, le volume de patients à HM a atteint son point le plus bas (voir graphique 7 ci-dessous). Le volume de malades hospitalisés a diminué approximativement de deux tiers entre février et mars 1990. Le nombre de consultations externes a baissé de 30% entre janvier et avril 1990. Entre avril et mai 1990, date de la nomination d'un président temporaire, le volume global des patients a augmenté d'une façon étonnante. En ce qui concerne les services de consultation externe, le nombre de patients s'est placé au deuxième niveau par rapport au maximum enregistré pour la période de sept mois.



Bien qu'apparemment, d'après ces données, le volume de patients dépende de la stabilité politique du pays, il est possible également que d'autres facteurs pour l'instant inconnus influent sur ce volume. Par suite de la régression économique qui fait sentir ses effets dans tout le pays, il se peut que la population soit moins capable de payer pour des soins de médecine curative ou moins disposée à le faire. Entre 1980 et 1988, le taux annuel de croissance du PIB a été en moyenne de -0,2 (Banque mondiale, 1990). En 1988, le PIB par habitant était de \$388 et il est tombé à \$351 en 1989 (en dollars E.U. constants de 1989) (Iglesius, 1990). Pour 1990, des estimations préliminaires montrent une chute dramatique du PIB par habitant, qui n'atteint plus que \$250 (dollars E.U., 1990).

3.2.2. Coûts d'hôpital

Une méthode de répartition par paliers descendants a été employée pour calculer les coûts annuels par service (voir Annexe C). A l'aide de la méthode mise au point par Frederiksen (1989), on a ventilé les charges de chaque rubrique du budget et les autres frais directs et indirects sur tous les centres de coûts de l'hôpital. Le total des frais indirects a été réparti sur les différents services en fonction du volume de patients ou des mètres carrés de surface. Les frais indirects ont été ajoutés aux frais directs par service pour arriver à un coût annuel total par service. Les coûts moyens par unité de service ont été calculés en divisant le coût annuel par service par le volume annuel de services. Les estimations de coût annuel pour 1989 ont été comparées à celles faites pour 1990. (Voir en annexe graphiques C.1.1-C.1.5 et C.2.1-C.2.5, résumés dans le graphique 8.) (Aux fins de comparaison, toutes les estimations de coût sont présentées en dollars haïtiens de 1989. En 1989, 1 \$EU = 1 \$H (taux de change officiel). En 1990, 0,66 \$EU = 1 \$H.) Les coûts totaux estimés comprennent tous les coûts associés au fonctionnement de l'hôpital pendant un an, y compris les dons et subsides pour les salaires et les commodités (eau, électricité, etc.).

GRAPHIQUE 8						
Coûts unitaires de l'hôpital de Mirebalais, 1988 et 1990						
SERVICE	COUT ANNUEL (\$H 1989)		VOLUME ANNUEL DE SERVICES		COUT MOYEN PAR UNITE	
	1989	1990	1989	1990	1989	1990
Dispensaire prénatal	24,534	19,580	2,100 visites	2,448 visites	8	5
Dispensaire pédiatrique	18,651	21,870	7,200 visites	5,484 visites	2	2
Dispensaire d'urgence	12,937	5,283	1,200 visites	1,140 visites	7	3
Dispensaire de médecine	21,141	23,564	8,400 visites	7,620 visites	2	2
Vaccinations	10,074	8,815	3,600 immunisations	11,124 immunisations	2	0.45
Soins oculaires	43,698	29,327	8,400 visites	6,000 visites	3	4
Salle de maternité	22,308	16,853	1,080 jours-patient	504 jours-patient	15	25
Salle de médecine	18,426	14,949	900 jours-patient	1,920 jours-patient	15	6
Salle pédiatrique	14,405	12,931	900 jours-patient	1,020 jours-patient	12	9
Salle d'Ophthalmologie	20,289	14,747	960 jours-patient	432 jours-patient	16	23
Chirurgie	15,102	10,252	240 opérations	120 opérations	48	69
Laboratoire	30,900	11,402	12,000 tests	3,636 tests	2	2
Pharmacie	46,242	23,015	27,000 ordonnances	25,000 ordonnances	1.22	0.7

Note: Ces coûts comprennent tous les frais d'exploitation de l'hôpital, y compris les frais généraux, dons et subsides. Les coûts des services comprennent des coûts de produits pharmaceutiques répartis par service et par volume de patients (c.-à-d. les produits pharmaceutiques remis sans ordonnance).

Afin de refléter avec plus de précision les coûts que HM (et la direction de l'OBP) auront à couvrir pour parvenir à une autosuffisance financière, les estimations de coût figurant ci-dessus ont été modifiées de manière à inclure seulement les coûts de l'OBP (voir graphique 9); les subsides et les dons ont donc été exclus de ces calculs. Les coûts de l'OBP varient entre 60 et 80% du total des coûts de fonctionnement (voir graphique 10), ce qui indique que les coûts d'hôpital sont subventionnés à hauteur de 20 à 40% par an. Si l'on compare les coûts moyens de l'OBP par unité de service pour 1989 et 1990, on voit qu'ils ont baissé d'une année à l'autre. Le coût moyen par visite de malade externe, pondéré pour l'ensemble des visites de malades externes, est de \$2,99 en 1989 et \$2,90 en 1990.

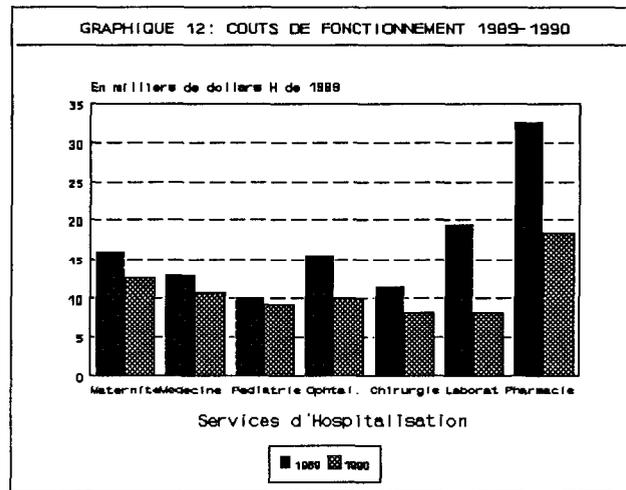
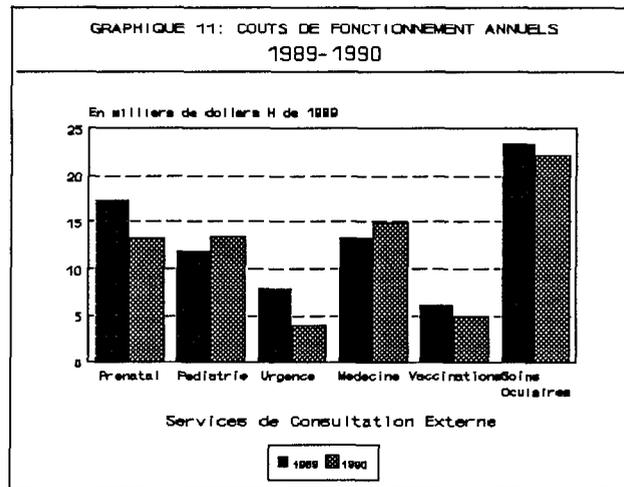
GRAPHIQUE 9 Coûts unitaires de l'hôpital de Mirebalais, 1989 et 1990 en tenant compte seulement des coûts de l'OBP						
SERVICE	COUT ANNUEL (\$H 1989)		VOLUME ANNUEL DE SERVICES		COUT MOYEN PAR UNITE	
	1989	1990	1989	1990	1989	1990
Dispensaire prénatal	17,635	13,351	2,100 visites	2,448 visites	8	5
Dispensaire pédiatrique	12,153	13,569	7,200 visites	5,484 visites	2	2
Dispensaire d'urgence	8,532	3,721	1,200 visites	1,140 visites	7	3
Dispensaire de médecine	13,827	14,552	8,400 visites	7,620 visites	2	2
Vaccinations	6,559	4,968	3,600 immunisations	11,124 immunisations	2	0.45
Soins oculaires	23,461	22,280	8,400 visites	6,000 visites	3	4
Salle de maternité	16,439	12,542	1,080 jours-patient	504 jours-patient	15	25
Salle de médecine	13,065	10,701	900 jours-patient	1,920 jours-patient	15	6
Salle pédiatrique	10,393	9,342	900 jours-patient	1,020 jours-patient	12	9
Salle d'Ophtalmologie	15,603	9,890	960 jours-patient	432 jours-patient	16	23
Chirurgie	11,621	8,321	240 opérations	120 opérations	48	69
Laboratoire	19,620	9,020	12,000 tests	3,636 tests	2	2
Pharmacie	32,927	18,815	27,000 ordonnances	25,000 ordonnances	1.22	0.7

Note: Ces coûts ne tiennent pas compte des dons et subsides mais comprennent les frais généraux et les coûts de produits pharmaceutiques répartis par service en fonction du volume de patients (c.-à-d. les produits pharmaceutiques remis sans ordonnance), et d'autres frais encourus par l'OBP pour assurer le fonctionnement de l'hôpital. En 1990, les registres de l'hôpital font état d'un volume annuel de 11 640 ordonnances seulement, ce qui donnerait un coût moyen par ordonnance de \$1,62. Toutefois, on estime le non enregistrement d'ordonnances à plus de 100%.

GRAPHIQUE 10
Coûts des services de l'OBP en pourcentage
du total des coûts annuels d'hôpital
de l'Hôpital de Mirebalais,
1989 et 1990

SERVICE	1989 (%)	1990 (%)	ECART
Dispensaire prénatal	71	68	-3
Dispensaire pédiatrique	73	62	-11
Dispensaire d'urgence	66	70	4
Dispensaire de médecine	65	62	-3
Vaccinations	65	56	-9
Soins oculaires	54	76	22
Salle de maternité	74	74	0
Salle de médecine	71	72	1
Salle pédiatrique	72	72	0
Salle d'ophtalmologie	77	67	-10
Chirurgie	77	81	4
Laboratoire	63	79	16
Pharmacie	71	82	11

D'une manière générale les différences de coût ne sont pas grandes pour ce qui est des services de consultation externe, comme l'indique le graphique 11, mais on constate une baisse plus prononcée dans les coûts des services pour malades hospitalisés (graphique 12). Le coût moyen par journée de malade hospitalisé est de \$14,54 en 1989 et \$11,15 en 1990. Ces chiffres tiennent compte des frais généraux et des médicaments remis sans ordonnance. Les coûts de pharmacie sont de \$1,22 en 1989 et \$0,76 en 1990 par ordonnance. (A noter que les premiers calculs des coûts de pharmacie par ordonnance, basés sur les registres de l'hôpital, ont donné une estimation de \$1,62 par ordonnance (11 640 ordonnances par an); toutefois, on soupçonne que les ordonnances et l'utilisation de produits pharmaceutiques sont loin d'être enregistrées dans leur totalité. Une estimation plus précise des pratiques en matière d'ordonnances situe le nombre annuel de ces dernières à un niveau de 25 000 environ, avec un coût moyen de \$0,76 par ordonnance.)



La raison principale de la baisse des coûts moyens par unité de service (surtout pour les malades hospitalisés et la pharmacie) entre 1989 et 1990 est la dépense plus faible de produits pharmaceutiques à l'hôpital. Les coûts des produits pharmaceutiques sans ordonnance sont répartis sur les services d'hospitalisation en fonction du volume de patients. Il est encourageant de voir que, entre 1989 et 1990, la direction s'est efforcée de mieux contrôler les produits pharmaceutiques attribués à l'hôpital et de réduire le gaspillage. Le bureau central de l'OBP à Port-au-Prince maintient le stock de produits pharmaceutiques et ne fait des expéditions à l'hôpital que lorsque les approvisionnements de celui-ci sont bas. Cet effort semble avoir été fructueux quant à la réduction des coûts et ne paraît pas avoir porté préjudice à la qualité. Toutefois, on a trouvé que les registres et le contrôle des stocks sont encore médiocres et doivent être améliorés avant que ces opinions puissent être confirmées. Il est nécessaire d'obtenir plus de données sur les taux

d'utilisation de produits pharmaceutiques par service, le volume mensuel d'achats de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales, et les frais associés à la gestion des dons.

Bien que dans l'ensemble les coûts des services aient diminué, ils ont augmenté dans certains cas. Le coût d'une intervention chirurgicale, par exemple, dépasse de 44% en 1990 le coût estimé pour 1989, en raison du nombre plus faible d'opérations en 1990. Les coûts moyens par unité de service sont très sensibles aux variations du volume de patients à HM, parce que le rapport frais fixes/frais variables est élevé (3,8 en 1989 et 4,8 en 1990). Si le nombre de patients diminue alors que les frais fixes demeurent au même niveau, le coût moyen par unité de service augmente. Des résultats similaires sont à signaler pour les salles d'ophtalmologie et de maternité, au sujet desquelles il a été indiqué dans la section précédente que les volumes avaient baissé en 1990.

On ne sait pas très bien si ces taux d'utilisation plus faibles sont dus à une présence amoindrie de médecins à l'hôpital (certains détails portés à notre connaissance le confirment pour ce qui est des services de maternité et d'ophtalmologie) ou suivent une tendance générale à la baisse dans le volume des patients, suite à l'aggravement de la situation politique et économique du pays. Il est possible par ailleurs que les estimations de 1989 aient été simplement surestimées, en raison des données insuffisantes dont on disposait au milieu de 1989 puisque l'hôpital n'était ouvert que depuis cinq mois. Quoi qu'il en soit, les variations des coûts moyens devront entrer en ligne de compte lorsque les prix seront fixés. Si l'on ne prend pas en considération la possibilité de changements de volume et donc de changements dans les coûts moyens par unité de service, il est fort probable que l'hôpital ne parviendra pas à recouvrer ses coûts.

3.2.3. Tarification

On peut comparer les estimations de coût par service d'hôpital aux prix par unité de service afin d'avoir une indication du degré dans lequel l'hôpital rentre dans ses frais, en tenant pour admis que chacun paie le prix demandé par unité de service. Bien qu'il soit peut-être souhaitable, par souci d'équité, que certains subsides (et/ou patients) en subventionnent d'autres, un point de départ raisonnable pour toute analyse de prix est de comparer ceux-ci aux coûts des services. Il se dégage clairement de cette comparaison que pour la plupart des services, les prix sont encore bien au-dessous des coûts (voir graphique 13). Dans le dispensaire de soins prénatals, par exemple, les prix des consultations couvrent seulement 16% des coûts des services prénatals par visite. Les prix payés par les malades hospitalisés couvrent seulement de 7 à 28% des coûts par visite de malade. A l'heure actuelle seuls les prix des services de chirurgie, des accouchements et de pharmacie sont fixés de manière à couvrir les coûts.

GRAPHIQUE 13
Comparaison entre les coûts unitaires et les prix par unité
Hôpital de Mirebalais, 1990

SERVICE	Coût unitaire ¹ (\$H)	Prix ² (\$H)	Prix en % du coût (%)
Dispensaire prénatal	5.00	0.80	16
Dispensaire pédiatrique	2.00	0.80	40
Dispensaire d'urgence	3.00	0.80	27
Dispensaire de médecine	2.00	0.80	40
Vaccinations	0.45	0.00	0
Soins oculaires	4.00	1.00	25
Salle de maternité ³	75.00	5.00	7
Salle de médecine ³	18.00	5.00	28
Salle pédiatrique ³	27.00	5.00	19
Salle d'ophtalmologie	69.00	70.00	7
Chirurgie et accouchements	69.00	70.00	101
Laboratoire	2.00	0.80	40
Pharmacie ⁴	0.76	1.50	197

1. Ces coûts sont les coûts moyens par unité de service (visite de malade externe ou séjour de malade hospitalisé) que l'hôpital doit couvrir pour atteindre le point d'équilibre. Ces coûts ne comprennent pas les dons et les subsides. Les coûts indiqués pour le service de chirurgie et des accouchements sont par intervention. Les coûts indiqués pour le laboratoire et la pharmacie sont, dans le premier cas, par test, et dans l'autre, par ordonnance.

2. Les prix des services de consultation externe sont une moyenne fondée sur les sommes facturées pour les premières visites et pour les suivantes. On demande aux nouveaux malades externes \$1,00 pour la visite, et à leur retour pour un traitement ultérieur ils paient \$0.60 par visite.

3. Les services pour malades hospitalisés sont facturés par séjour; en conséquence le tableau indique les coûts moyens par unité de service (CMS), par séjour de malade. Le CMS repose sur l'hypothèse d'une longueur moyenne de séjour de trois jours par malade hospitalisé.

4. Les coûts de pharmacie se fondent sur un volume supposé d'ordonnances de 25 000 par an, bien que les registres de l'hôpital fassent état d'un volume de 11 640 (en fonction duquel le coût moyen par ordonnance serait de \$1,62).

Pour savoir jusqu'à quel niveau on peut faire monter les prix applicables à différents services par rapport au prix de revient de façon que l'hôpital puisse récupérer ses frais (tout en conservant un volume de patients suffisant), une analyse de point mort peut être utile. A l'aide de cet instrument, on calcule les recettes des services sur la base des prix fixés et du volume de patients par service. On soustrait les recettes des coûts afin d'établir le montant de recettes nécessaires pour parvenir au seuil de rentabilité. Si l'on fait varier les prix de différents services par rapport aux coûts moyens par unité de service, selon la demande et la nécessité du service, ce but peut être

atteint. Cette méthode permet de fixer les prix de façon plus adéquate et de les modifier tout en se maintenant au point d'équilibre.

Comme on l'a déjà fait remarquer, les objectifs d'équité de l'hôpital ne devraient pas être négligés lorsqu'on établit les prix. Si la mission première de HM est de fournir un service de consultation externe, il convient d'éviter une montée de prix plus forts qui écarterait les malades ayant besoin de soins ambulatoires. Des prix plus élevés peuvent sans doute permettre à l'hôpital d'obtenir une position financièrement viable mais risquent de faire baisser la demande. Par ailleurs, si l'on veut que le nombre de malades hospitalisés augmente, les prix des services correspondants ne devraient pas dépasser ce que la population est disposée à (ou peut) payer. Les recettes des services de consultation pourraient subventionner un traitement plus onéreux pour malades hospitalisés que la population réclame ou peut réclamer, mais dont le coût est au-dessus de ce qu'elle peut payer. En conséquence, du point de vue social, il peut être préférable de hausser les prix de certains services "privés" de sorte que le surcroît de recettes en provenant puisse soutenir des services "publics". En tout cas, une stratégie de tarification qui développe au maximum la capacité de l'hôpital de répondre aux besoins de sa population est souhaitable.

3.3 ANALYSE DE POINT MORT

Un tableur a été élaboré pour déterminer le seuil de rentabilité de HM en faisant varier les barèmes de prix et les volumes de patients (voir annexe D). L'annexe E contient des exemples dans lesquels on calcule l'excédent ou le déficit par rapport au point d'équilibre en fonction de chiffres mensuels de recettes et de frais. Dans le scénario 1, qui est le scénario de référence pour l'année un, on a adopté les hypothèses suivantes:

- Le revenu subventionnel s'élève à \$6 500
- La collecte des paiements est à hauteur de 90% — en sous-entendant que les exonérations nécessaires se chiffrent à 10%
- Le barème des prix actuel est utilisé — le barème actuel repose sur les normes de MSPP, sauf pour la chirurgie, les accouchements et les produits pharmaceutiques dont les prix se rapprochent du coût
- Certains salaires et coûts médicaux bénéficient de subsides
- Le gaspillage pharmaceutique est de 10%
- Les patients reçoivent une moyenne de 0,5 ordonnance par visite
- Le taux de change pour les produits pharmaceutiques est 1,51 dollar haïtien pour 1 dollar des Etats-Unis
- Le volume total de patients est de 2 528 par mois pour tous les services
- On suppose que l'inflation n'a pas d'effet au cours de l'année de référence et on lui donne donc la valeur zéro

- Les variables taux d'accroissement démographique, élasticité-revenu et élasticité-prix de la demande, et augmentation de prix n'influent pas sur ce scénario puisqu'il s'applique à l'année de référence

La position estimée actuelle de l'hôpital par rapport au seuil de rentabilité montre un léger excédent d'environ \$298 par mois en 1990 (voir graphique 14 ci-dessous). Si la collecte des paiements atteignait 100% (aucune exonération) l'excédent serait légèrement plus élevé (\$360). Dans ce cas (et en tenant compte du revenu subventionnel) le barème de prix actuel permet à l'hôpital de faire un léger bénéfice net et d'être rentable.

GRAPHIQUE 14				
Tableau synoptique des scénarios de rentabilité				
Hôpital de Mirebalais, 1990				
VARIABLE	SCENARIO 1	SCENARIO 2	SCENARIO 3	SCENARIO 4
Revenu subventionnel	\$6,500	\$0	\$0	\$0
Collecte des paiements	90%	50%	100%	100%
Augmentation de prix (réelle)	0	0	0	25%
Augmentation de volume	0	0	0	0
Volume de patients	2,528	2,528	2,528	2,200
Rentabilité	\$298	-\$9,402	-\$6,140	-\$5,147

Dans tous les scénarios :

- élasticité-prix = -0,2
- élasticité-revenu = 0,887
- PIB par habitant = \$350
- inflation = 0 (introduit dans l'année de base à 8%)
- taux de croissance démographique = 2,2 pour 1 000
- nombre d'ordonnances par malade = 0,5

Année 1

Toutefois, plusieurs variables s'écartent de la situation donnée dans le scénario 1 et les paiements des malades ne couvrent donc pas les coûts de fonctionnement de l'hôpital. Ceci est conforme à la différence entre prix actuels et coûts unitaires des services qui se dégage du graphique 13 ci-dessus. En 1991, l'hôpital ne recevra plus de revenu subventionnel. De plus, la collecte des paiements n'atteint qu'une moyenne de 50% sur tous les services. Sans aide subventionnelle et avec un taux de collecte de paiements de 50%, l'hôpital pourrait connaître un déficit (bénéfice net déficitaire) de \$9 014 par mois pour l'année (scénario 2). Si les taux de collecte de paiements sont augmentés de 50% à 100%, le déficit actuel peut être ramené à \$6 140 par mois durant l'année un, en prenant pour hypothèse un taux annuel de croissance de 2,2% (J. May, 1990) et une collecte de paiements de 100%.

Une augmentation de prix de 25% pour tous les services à l'exception de la chirurgie, des soins de maternité et des accouchements, accompagnée d'un taux de collecte de paiements de 100% (scénario 4) réduirait le déficit actuel à \$5 147 pour l'année un. La mise en oeuvre du scénario 4 abaisserait le déficit actuel de plus de 40% en un an. D'après ces derniers résultats, il semble qu'une hausse des prix sera nécessaire pour couvrir les coûts. Cependant, l'étude de scénarios additionnels et une analyse de sensibilité détermineront mieux les effets d'autres variables sur le seuil de rentabilité et de combien les prix doivent être augmentés en contre-partie de ces effets.

D'autres scénarios ont été mis à l'essai dans le cadre d'une étude de sensibilité, à l'aide du tableur de calcul de la rentabilité (annexe E). L'analyse de sensibilité a porté tour à tour sur des hypothèses optimistes et pessimistes afin de montrer comment le point d'équilibre réagit à des changements dans les hypothèses de départ. On a également établi des projections de rentabilité pour le futur. Les résultats sont présentés dans l'annexe E. Les variables testées comprennent un changement d'année, le PIB par habitant pour différentes élasticité-revenu de la demande, des changements de prix pour différentes élasticité-prix de la demande, des changements de volume, des variations du nombre d'ordonnances par malade, des changements dans le taux de croissance démographique, des variations du taux d'inflation et des coûts (y compris les subsides), des changements dans le gaspillage pharmaceutique et des variations du taux de change. Dans tous ces tests, la valeur du revenu subventionnel est restée à zéro. (A noter que l'élasticité-prix de la demande est le rapport entre la variation relative de la demande et la variation relative du prix, en pourcentage. L'élasticité-revenu de la demande est le rapport entre la variation relative de la demande et la variation relative du revenu, en pourcentage. Les élasticité peuvent varier par niveau de prix ou type de service; mais les élasticité prix et revenu demeurent constantes dans le modèle.)

En changeant séparément toutes les variables, on a trouvé que les augmentations de coût ont les effets les plus importants sur le seuil de rentabilité, notamment les hausses inflationnistes, le coût par ordonnance et le nombre d'ordonnances par malade. Par exemple, une inflation de 20% peut augmenter le déficit actuel de 40% environ. Un doublement du coût par ordonnance, sans augmentation de prix, aggraverait le déficit actuel de 35% environ. Un doublement du nombre de produits pharmaceutiques sans ordonnance utilisés par patient (par exemple, les patients sont plus malades), augmenterait le déficit mensuel d'exploitation de 50%. Ceci sous-entend que les coûts de produits pharmaceutiques entrent dans le coût moyen par patient. A l'heure actuelle les patients n'ont pas à payer une somme supplémentaire pour les produits pharmaceutiques remis sans ordonnance.

Il se dégage clairement de l'analyse de sensibilité que pour que l'hôpital atteigne le seuil de rentabilité, il faut faire monter les prix et le volume des patients. Comme l'indique le tableau synoptique du graphique 14, une augmentation unique de prix de 25% diminuerait le déficit mensuel de près de \$1 000 (toutes les autres variables demeurant constantes). A 100% de collecte des paiements, une augmentation annuelle de prix de 25% (mis à part la chirurgie, les accouchements et les vaccinations) permettrait à l'hôpital d'atteindre le seuil de rentabilité en six ans (en valeurs actualisées). Une augmentation de volume

de 100% résultant d'une campagne de commercialisation énergique et/ou d'une amélioration de la qualité pourrait diminuer le déficit primitif de 20 à 30 % en un an. Pour atteindre le point d'équilibre dans l'année en cours, il faut une aide subventionnelle ou une autre source de recettes de l'extérieur. Il est peu probable que l'hôpital puisse subventionner les services de consultation externe dans l'immédiat sans ressources additionnelles autres que celles provenant de ses patients.

D'autres augmentations de prix peuvent s'avérer nécessaires pour compenser les augmentations de coût de services tels que les soins chirurgicaux et de maternité. Le tableur permet à l'utilisateur de simuler l'effet de ces changements de prix. Par exemple, si les prix montent de 25% et la somme demandée par ordonnance est augmentée de 100%, le déficit peut être réduit des deux tiers en un an et peut disparaître en l'année 4 (voir annexe E). Une augmentation de 30% dans les prix des services de consultation externe, accompagnée d'une augmentation de 10 à 15% pour les services moins utilisés tels que la salle de maternité, aurait un effet similaire. Toutefois, il n'est peut-être pas bon de hausser les prix des services sous-utilisés. Il vaudrait mieux augmenter les tarifs applicables aux malades externes pour que les tarifs des malades hospitalisés puissent demeurer bas. L'augmentation du volume de patients allégerait la nécessité d'augmenter le tarif des malades hospitalisés ou de subventionner les coûts des services pour malades hospitalisés par une augmentation du prix des autres services.

Une légère augmentation des tarifs peut permettre à l'hôpital de devenir financièrement autonome au bout d'un certain temps. Mais on a besoin d'un supplément de données pour faire des projections plus lointaines concernant le seuil de rentabilité et la tarification. Par exemple, les scénarios présentés ci-dessus utilisent une élasticité-prix de -0,2 (Jimenez, 1987). Mais on ne connaît pas la sensibilité véritable de la population de la circonscription de Mirebalais aux prix des services de médecine curative. Si la population est moins sensible au prix, on peut demander des paiements plus élevés avant que la demande et le bénéfice commencent à tomber. De même, si la sensibilité de la demande (et de l'utilisation des services curatifs) aux fluctuations du revenu est inférieure à 0,887 (c.-à.-d. dans le cas d'une élasticité-revenu plus faible), seules de fortes baisses de revenu conduiront à une diminution des bénéfices de l'hôpital. Les élasticités varieront également par type de service et niveau du tarif. En attendant de disposer de renseignements additionnels, on estime grosso modo qu'une réduction de 20% dans l'utilisation des services de l'hôpital peut signifier que les prix sont trop élevés (Akin et autres, 1987).

Plusieurs modifications peuvent être apportées à l'analyse de point mort. Tout d'abord, une variable dont il n'a pas été tenu compte jusqu'à présent est le coût unitaire des services. C'est-à-dire qu'il se peut que les administrateurs de l'hôpital soient en mesure d'augmenter l'efficacité productive et de réduire les coûts unitaires — d'où une réduction correspondante de la nécessité de générer des recettes additionnelles. Deuxièmement, quelques-uns des coûts calculés, notamment le traitement du directeur et les frais de voiture ont été imputés à l'hôpital dans leur totalité. Il serait peut-être plus juste de réduire leur contribution aux coûts d'hôpital: le coût du directeur disparaîtra du budget de l'hôpital à partir de l'automne 1991 et le tiers seulement des frais de voiture devrait être porté au budget de l'hôpital. Compte tenu de ces

changements, les recettes nécessaires pour atteindre le point d'équilibre dans le cadre du scénario 3 se rapprochent de \$10 000 par mois (au lieu de \$12 716), soit approximativement \$16 par lit et par jour.

3.4 RECOMMANDATIONS TIREES DE L'ANALYSE DE POINT MORT

Il est recommandé de mener une enquête sur la population de la circonscription hospitalière afin d'estimer les élasticités prix et revenu de la demande de services curatifs et d'apprendre s'il existe des sous-secteurs du marché (en d'autres termes, des groupes de population de revenu différent) présentant des caractéristiques de demande différentes. Cette information servira à orienter les futures stratégies de tarification destinées à maintenir l'exploitation de HM au point d'équilibre au cours du temps et à guider la commercialisation des services d'hospitalisation parmi la population. Cette information peut également aider l'hôpital à se fixer des principes d'exonération, en indiquant par exemple si 10% de patients indigents est un niveau raisonnable. Il peut être utile par ailleurs de comparer les tarifs de HM aux tarifs d'autres établissements privés en Haïti.

Il faut encore obtenir d'autres renseignements sur les coûts des produits pharmaceutiques pour l'hôpital et sur l'utilisation desdits produits, afin d'estimer avec plus de précision les futurs coûts pharmaceutiques et comment les répercuter sur les patients. On aura peut-être à facturer une somme supplémentaire au titre de la pharmacie pour couvrir les coûts de produits pharmaceutiques remis sans ordonnance. Il convient aussi d'examiner des défauts de gestion tels que le paiement intégral des salaires malgré l'absentéisme du personnel. Etant donné que les coûts ont un effet potentiel considérable sur l'aptitude de l'hôpital à parvenir au point d'équilibre, la maîtrise des coûts sera aussi importante pour le recouvrement des coûts à HM que la tarification et la génération de recettes. L'amélioration des systèmes de comptabilité et de contrôle financier, qui fait l'objet des sections suivantes, sera probablement utile dans ce domaine.

Les mécanismes de paiement anticipé valent aussi la peine d'être examinés comme autre solution de financement pour l'hôpital. Il faudrait pour cela établir des plans de santé partiels ou exhaustifs pour la population de la circonscription et définir des moyens d'éviter les risques liés à une éventuelle mauvaise combinaison d'affiliés et à une morale laxiste. Cette question ne sera pas examinée davantage dans le présent document, mais le tableur peut servir à simuler les paiements requis pour couvrir les coûts d'un tel plan. Il convient de réfléchir soigneusement aux hypothèses à retenir concernant les utilisateurs du plan, les taux d'utilisation et les niveaux du ticket modérateur.

En résumé, les recommandations concernant le seuil de rentabilité et la tarification des services comprennent les suivantes:

- exécution d'une étude de marché ou d'une étude de la demande afin de déterminer l'aptitude et la disposition de la population concernée à payer pour les services de HM;

- amélioration de la disponibilité des médecins à l'hôpital, de manière qu'au moins un médecin ou deux soient présents durant les heures de consultation;
- commercialiser les services afin d'augmenter le volume de patients, surtout celui des malades hospitalisés;
- rassembler une information additionnelle sur les coûts et l'utilisation de produits pharmaceutiques à l'heure actuelle, par service;
- envisager la possibilité d'augmenter les tarifs de 25% pour tous les services et les produits pharmaceutiques excepté la chirurgie, la maternité, les accouchements et les vaccinations (à moins que l'étude de marché ne conduise à des vues différentes);
- explorer d'autres options pour l'hôpital, en matière de mécanismes de financement aptes à procurer un supplément aux recettes venant des patients, y compris un plan de paiement anticipé;
- utiliser de nouvelles données pour refaire l'analyse de point mort afin de réévaluer les changements de tarification avec le temps.

4.0 ENREGISTREMENT DES PATIENTS ET COLLECTE DES PAIEMENTS

4.1 INTRODUCTION A L'ANALYSE DU SYSTEME ADMINISTRATIF

A l'heure actuelle l'hôpital de Mirebalais reçoit des fonds des Agences Bénévoles pour le Projet de Survie de l'Enfance (ABSE) et des recettes d'origine interne (c.-à-d. les paiements des patients). Le revenu provenant des ABSE, estimé à \$6 500 pour 1990¹, cessera en 1991 et il n'en sera donc plus tenu compte dans la présente section. Les patients paient pour les services d'hospitalisation, les produits pharmaceutiques (surtout dans le cas des malades externes), les injections, les tests diagnostiques de laboratoire, et pour les services de consultation externe. Les méthodes actuelles de collecte des paiements et d'enregistrement des patients sont décrites ci-après. On examine les faiblesses du système actuel et des solutions de remplacement sont proposées. En outre, un plan de suivi et d'évaluation aux fins de contrôle financier est présenté.

4.2 METHODES ACTUELLES D'ENREGISTREMENT DES PATIENTS ET DE COLLECTE DES PAIEMENTS

4.2.1. Système pour les malades externes

Le système suivant est actuellement utilisé pour enregistrer les malades externes et percevoir les paiements (voir graphique 15):

1. A son arrivée à l'hôpital, le ou la patient(e) se rend au bureau d'admission, où il ou elle paie \$1 de frais d'admission pour une première visite et \$0,60 pour les visites suivantes;
2. Au bureau d'admission, le patient reçoit une étiquette blanche pour une première visite ou une étiquette jaune pour les visites suivantes;
3. Le patient se rend au bureau du statisticien, où un formulaire est rempli ou un nouveau dossier est ouvert, selon le statut du patient;
4. Le patient va à la salle d'attente et attend de voir un clinicien;
5. Le patient est appelé par le médecin ou l'infirmière. A la fin de la consultation une fiche médicale numérotée d'avance est remplie avec l'indication du médicament à prescrire et du test à effectuer. La fiche médicale est remise au patient qui doit l'apporter à l'échelon suivant du service;
6. Le patient revient au caissier central avec sa fiche afin de remettre son paiement pour le médicament ou le service qu'il va recevoir (par exemple, une injection, un test de laboratoire, un produit pharmaceutique);

¹ C'est une estimation parce que la subvention est accordée en bloc à Eye Care MARCH pour toutes ses activités. Les fonds ne sont pas actuellement affectés par poste de dépense pour bien mettre en évidence le montant du revenu de source subventionnelle utilisé pour l'Hôpital de Mirebalais.

7. A la fermeture (tous les jours à 15 h 50), le caissier inscrit sur une feuille de papier le montant de l'argent reçu pour chaque catégorie de service, calcule le total, et transmet l'information et le numéraire au comptable;
8. Le comptable inscrit les montants par service dans les colonnes correspondantes du livre comptable, transfère la même information sur un formulaire de Eye Care MARCH et le signe;
9. Le formulaire Eye Care MARCH et le numéraire reçu par le comptable sont gardés dans le bureau du comptable, puis envoyés à l'administrateur central à Port-au-Prince tous les huit jours par un messenger, qui signe un reçu lorsque le comptable lui confie le formulaire et le numéraire.
10. A son arrivée à Port-au-Prince le formulaire est signé par l'administrateur central, ce qui marque qu'il a été reçu.

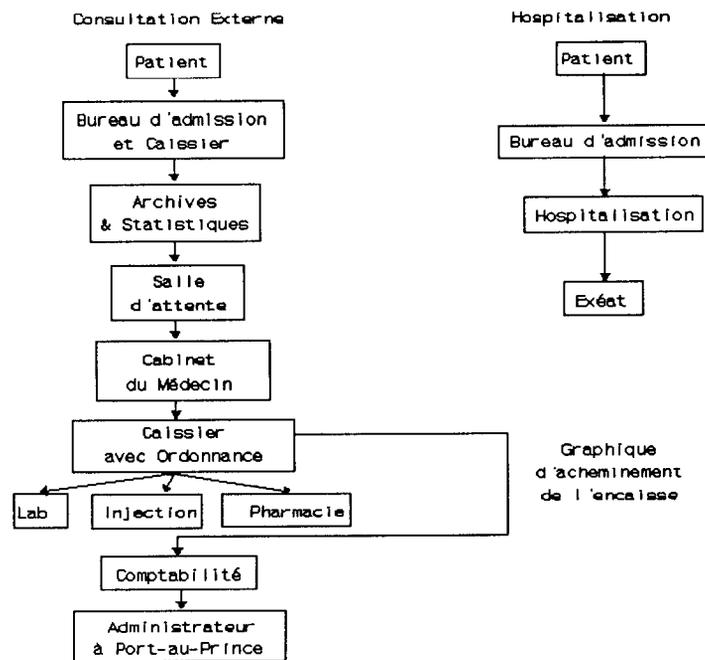
Les patients se réclamant de leur indigence sont dispensés de payer par le caissier. Cette exonération est basée sur la déclaration du patient qu'il est dans l'incapacité de payer, sur son lieu d'habitation dans la région, ou sur son occupation (ou source de revenu). Les patients indigents représentent actuellement moins de 10% de tous les patients qui se présentent à l'hôpital, ce que le personnel de l'hôpital considère comme un nombre insignifiant qui ne vaut pas la peine qu'on s'y attarde.

4.2.2. Système pour les malades hospitalisés

Dans le cas des malades hospitalisés, l'infirmière inscrit dans un registre le patient à admettre en indiquant son nom, le type d'intervention, la date de son admission, les sommes à recevoir en paiement et la date de sa sortie (au départ du patient). Les types d'intervention pratiqués à HM comprennent: les circoncisions, "l'hermiorrhaphie", les césariennes, les hémorroïdectomies, le traitement des fissures anales, les appendicectomies, les salpingectomies, les amygdalectomies, l'ablation des kystes de l'ovaire, le traitement de grossesses extra-utérines, les myomectomies, le traitement des hydrocèles, la suture post-opérationnelle, le traitement des phimoses, le curetage thérapeutique, le drainage des abcès, la pose de plâtres, et le traitement des phlegmons.

Les malades hospitalisés paient l'infirmière de service au moment où ils sortent de la salle des malades. L'infirmière inscrit le montant dans le registre, ainsi que la date. Les mêmes données sont inscrites sur la fiche d'hospitalisation, avec indication du solde. La fiche est divisée en deux parties, l'une pour le caissier et l'autre pour le bureau d'admission. Le caissier reçoit sa moitié de fiche ainsi que le montant reçu par l'infirmière en fin de journée, enregistre la transaction sur le rapport du caissier, et remet le rapport, la fiche d'hospitalisation et le numéraire au comptable à la fin de chaque journée (voir graphique 15 ci-dessous). Le comptable et l'administrateur enregistrent ensuite l'information selon la méthode décrite pour les malades externes aux étapes 8 à 10 ci-dessus.

GRAPHIQUE 15: DIAGRAMME DE CIRCULATION DES PATIENTS



4.3 FAIBLESSES DU SYSTEME ACTUEL

Un examen soigneux des méthodes actuelles d'admission des patients et de collecte des paiements décrites ci-dessus a révélé plusieurs défauts. Le problème principal est qu'il y a peu de moyens de contrôler la collecte des paiements et la comparaison entre le nombre de malades vus et les sommes perçues. Voici en particulier quelques constatations :

1. La personne qui s'occupe de la fiche d'admission est également chargée de recevoir le paiement des frais d'admission;
2. La personne qui reçoit la feuille d'ordonnance reçoit également la somme à payer pour les produits pharmaceutiques, les tests de laboratoire et les injections (la feuille d'ordonnance est utilisée par le médecin pour prescrire les tests, les produits pharmaceutiques et les injections);
3. La feuille utilisée par le caissier pour faire son rapport journalier n'est pas numérotée d'avance de manière à permettre de retracer l'information;
4. Le caissier recevant les paiements des malades hospitalisés n'a pas connaissance du nombre de malades effectivement admis, car les malades hospitalisés sont inscrits et admis directement dans le service d'hospitalisation.

5. Aucun contrôle n'est appliqué pour vérifier le montant du numéraire reçu par le caissier;
6. Il n'y a pas de contre-vérification de l'argent reçu par le comptable;
7. Le numéraire reçu par le comptable n'est pas suffisamment protégé;
8. Le système de comptabilité actuel de l'hôpital ne permet pas d'enregistrer et de suivre les fonds reçus et utilisés.

Il est donc très difficile pour l'administration de l'hôpital de suivre l'acheminement des patients à travers les différentes sections de l'hôpital, de savoir combien de patients ont payé, quel est le solde de leur compte (quand il s'agit de services dispensés à crédit) et de suivre la piste des recettes venant des patients. Il n'existe pas de méthode systématique de vérification de l'état d'indigence déclaré par les patients, comme il en est question plus haut. Personne n'est uniquement chargé d'exécuter la collecte des paiements ou de vérifier qu'elle se fait correctement. Des progrès réalisés dans les secteurs que l'on vient de citer devraient aider à améliorer les taux de collecte des paiements, qui à l'heure actuelle sont en moyenne de 50% seulement, et de surveiller le volume de patients. La section suivante propose des façons particulières de s'attaquer à ces problèmes et de les aplanir, au niveau des services de consultation externe et des salles d'hospitalisation.

4.4 PROJET DE SYSTEMES D'ENREGISTREMENT DES PATIENTS ET DE COLLECTE DES PAIEMENTS

Vu les besoins de l'hôpital et compte tenu des points forts et faibles du système actuel, un système modifié d'enregistrement des patients et de collecte des paiements est recommandé. Ce système devrait avoir le double objectif d'obtenir des utilisateurs de l'hôpital une proportion plus forte des recettes programmées et de suivre de plus près l'acheminement des recettes dans les rouages administratifs de l'hôpital. Les éléments de ce système sont décrits ci-dessous.

4.4.1 Projet de système pour les malades externes

Pour les malades externes, le système suivant est proposé:

1. Deux personnes sont postées au bureau d'admission, l'une pour recevoir le paiement des frais d'admission et l'autre pour enregistrer le nom du patient dans le livre d'admission;
2. Le livre d'admission contient cinq colonnes où figurent la date, le nom du patient, son statut (nouveau ou déjà vu et numéro) et sa situation de paiement (montant payé comptant, à crédit ou dont il est fait grâce). La situation de paiement est indiquée en deux colonnes (voir graphique 16 ci-dessous);
3. Le bureau d'admission a deux types de jetons, l'un pour les nouveaux patients et l'autre pour ceux qui reviennent à la visite. Les nouveaux

patients sont inscrits selon un système de numérotation impaire allant de un à 149 et les autres selon un système de numérotation paire allant de deux à 150.

4. La personne préposée aux admissions enregistre le numéro du jeton dans la colonne correspondante du livre d'admission;

5. Lorsqu'il reçoit son jeton, le patient paie au caissier les frais d'admission correspondant à son statut;

6. L'argent reçu par le caissier est gardé dans un coffre au lieu d'une boîte ou d'un carton sans couvercle;

7. Après avoir payé, le patient se rend chez le statisticien, après quoi il attend de voir le clinicien (comme dans le système actuel);

8. A la suite de la consultation, le patient retourne à la caisse avec la feuille d'ordonnance et la remet au préposé à l'admission, qui vérifie alors si le médicament prescrit est disponible. Dans l'affirmative, l'employé inscrit dans la colonne correspondante du livre la quantité et le type de médicament remis, s'il a été payé comptant, à crédit, ou donné gratuitement (par exonération), et le montant du paiement. La quantité de médicament et la somme payée sont également inscrites sur la fiche d'ordonnance;

9. Le patient paie au caissier la somme indiquée sur la fiche, et le caissier tamponne la fiche;

10. Chaque service maintient un registre où sont inscrits les noms des patients avec les types de produits pharmaceutiques donnés et les services fournis;

11. A l'heure de fermeture, chaque employé préposé à l'admission fait la balance de son livre;

12. A la fin de la journée, le caissier compte le numéraire contenu dans le coffre et vérifie son montant en le comparant aux entrées du livre tenu par le préposé à l'admission;

13. Le caissier remplit le bordereau des encaissements; celui-ci est signé par le caissier et le préposé à l'admission, et les deux remettent le bordereau et le numéraire au comptable, qui leur remet un reçu;

14. A la fin de chaque jour, chaque service (y compris le laboratoire, la pharmacie et les injections) envoie son rapport au bureau de comptabilité sur un imprimé spécial préparé par le comptable (voir graphique 16, page suivante);

15. Le statisticien apporte au bureau de comptabilité tous les jetons remis par les patients au cours de la journée, après quoi le comptable compte les nombres de jetons de nouveau patient et de patient déjà vu et

4.4.2 Projet de système pour les malades hospitalisés

Le système suivant est proposé pour l'enregistrement des malades hospitalisés et la collecte des paiements:

1. Le préposé à l'admission enregistre l'admission du patient sur un bordereau numéroté, en triple exemplaire, en inscrivant le nom du patient, le ou les interventions, le prix et les modalités de paiement. Un exemplaire est gardé au service d'hospitalisation, un autre est remis au bureau de comptabilité et un autre va au statisticien des archives;
2. Le patient remet l'exemplaire du service d'hospitalisation à l'infirmière de service, qui ouvre un dossier au nom du patient, notant l'heure de son arrivée, l'intervention, le jour de sa sortie (lorsqu'elle se produira), la somme à payer, et porte le solde dans le dossier et sur le bordereau numéroté.
3. Une fois que le comptable reçoit du bureau d'admission l'exemplaire qui lui est destiné, le comptable inscrit dans le livre des malades hospitalisés le numéro du patient, la date de son admission, le type d'intervention, la somme à payer et le solde (créances).
4. Lorsque le patient est sur le point de sortir de l'hôpital, il porte l'exemplaire du service d'hospitalisation au caissier, auquel le patient paie la somme demandée en totalité ou en partie. Le caissier inscrit l'information sur l'exemplaire Hospitalisation, signe celui-ci et le renvoie au service, et inscrit la somme payée dans le registre journalier des malades hospitalisés.
5. Le comptable procède aux vérifications nécessaires comme pour les malades externes, sur une base journalière.

Pour améliorer le règlement des créances, on conseille d'engager un agent qui serait chargé de parcourir les villages pour recouvrer les paiements. Ceci diminuerait grandement le montant des créances, spécialement en ce qui concerne les patients qui vivent dans des zones relativement inaccessibles mais qui sont en état de payer ce qu'ils doivent. Etant entendu qu'il serait bon d'avoir les services d'un agent de recouvrement, la direction de l'hôpital devrait néanmoins faire une petite analyse coût-avantages (en d'autres termes, une étude de faisabilité) pour établir si les sommes que l'agent peut éventuellement recouvrer dépassent le coût de ses services plus le coût de l'essence et du moyen de transport qu'il faudrait lui fournir.

Bien que relativement peu nombreux, les patients indigents ne devraient pas être négligés dans l'établissement d'une politique et de procédures de traitement des patients. Il convient d'établir une méthode systématique de vérification des déclarations d'indigence. Ceci pourrait faire partie des tâches de l'agent de recouvrement, qui s'en acquitterait au cours de ses tournées.

4.5 PROJET DE SYSTEME DE COMPTABILITE — HOPITAL DE MIREBALAIS ET CITY*MED

L'Hôpital de Mirebalais et le Projet City*Med sont tous deux appelés à fonctionner sous les auspices de Eye Care MARCH. En conséquence, on a estimé qu'ils pourraient avoir des systèmes de comptabilité similaires. Le contrôle financier global de toutes les activités de Eye Care devrait en être amélioré. L'étude initiale du système de comptabilité de City*Med a été menée à bien par Madame Huff-Rousselle (voir annexe F). La présente section constitue l'étape suivante de l'étude et se concentre sur les pièces justificatives (la première partie du diagramme 2 et la première étape du flux d'information). Les paragraphes suivants s'appliquent tant à l'Hôpital Mirebalais qu'à City*Med.

L'ébauche initiale de système de comptabilité présentée par Huff-Rousselle repose sur le principe d'une "comptabilité à un grand livre". Ce système, du type "bricoleur", procure des rapports financiers simples à préparer, si bien qu'une organisation peut à tout instant avoir une idée de sa situation financière. Il fournit un moyen efficace de tenir à jour les documents de base que toute microentreprise doit avoir pour prospérer. Le système de comptabilité à un livre a été mis au point spécialement pour répondre aux besoins des détaillants qui n'ont pas le temps ou le personnel nécessaires pour suivre des procédures de comptabilité sophistiquées.

4.5.1. Pièces justificatives

Le livre-journal, appelé également journal intégré ou journal à une écriture, est au coeur de ce système de comptabilité et de contrôle financier. Le journal de comptabilité en partie simple a été décrit ailleurs par Huff-Rousselle (Huff-Rousselle, 1990). Pour être un instrument efficace, le journal doit s'appuyer sur les documents nécessaires (c.-à-d. les pièces justificatives). Le premier document sur lequel se fonde le système est le relevé journalier préparé par le caissier pour faire la balance de caisse à la fin de la journée (voir graphique 17). Ce document est transmis au bureau de comptabilité où l'information est inscrite sur le livre-journal en partie simple.

GRAPHIQUE 17: ECHANTILLON DE RELEVÉ JOURNALIER

Hôpital de Mirebalais
Relevé journalier de trésorerie

Date _____ Jour _____

Encaisse d'ouverture		xxxxxx
Plus: Rentrées de fonds		
Frais d'admission	xxxx	
Injections	xxxx	
Tests de Laboratoire	xxxx	
Vente de produits pharmaceutiques et médicaments	<u>xxxx</u>	
<i>Total</i>	<u>xxxx</u>	
Comptes clients - Hospitalisation	xxxx	
Autres revenus	<u>xxxx</u>	
Rentrées de fonds		<u>xxxxxx</u>
Moins: Sorties de fonds		
Acquisitions et transports	xxxx	
Charges	xxxx	
Dettes remboursées	xxxx	
Dépôts en banque	xxxx	
Paiements en numéraire		<u>xxxxxx</u>
Encaisse en clôture		xxxx
Moins: Encaisse réelle		
Découvert de trésorerie		

Pour faire des écritures sur le relevé journalier, dont un exemple est donné dans le graphique 17, et pour faire la balance de caisse, il convient de suivre la méthode suivante:

1. Inscrire l'encaisse d'ouverture. C'est le "fonds de caisse" que le comptable remet au caissier au début de la journée.
2. Etablir tous les encaissements reçus au cours de la journée, comprenant les paiements au titre des services, des malades hospitalisés, et les retraits de fonds en banque, et faire le total des rentrées de fonds durant la journée;
3. Déterminer les décaissements effectués au cours de la journée, comprenant les acquisitions et le transport, les charges, les remboursements de sommes dues, les dépôts en banque, et faire le total des sorties de fonds durant la journée;
4. Déterminer l'encaisse de clôture en faisant la somme de l'encaisse d'ouverture et des encaissements moins les décaissements.

GRAPHIQUE 18: GRAND LIVRE DES COMPTES CLIENTS AVEC EXEMPLE

Echantillon de rapport sur les anciennes créances à recouvrer
Hôpital Général d'Israël
31 janvier 1981

A. Général

<i>Retard</i>	<i>Dû Mois courant</i>	<i>Dû Mois dernier</i>
0-30 jours	\$12,500	\$10,000
31-60 jours	9,750	9,000
61-90 jours	7,000	8,500
91-120 jours	5,000	4,000
121-180 jours	3,000	—
Plus de 180 jours	—	—
Total des arrières:	\$37,250	\$31,500

Source: Berman et Weeks, 1982

GRAND LIVRE DES COMPTES CLIENTS

Date	Description des services	Prix facturé	Reçu	Solde

Cette information est ensuite comptabilisée en partie simple dans le livre-journal en se basant sur les étapes précédentes. Pour faciliter les écritures, il est bon que les numéros des colonnes de la partie gauche du bordereau soient conformes aux colonnes correspondantes du livre-journal.

La deuxième pièce justificative est le grand livre comptes clients. Là le comptable inscrit toutes les sommes demandées en paiement, les sommes reçues, le solde dû par le patient et les types de services fournis. La somme des montants dus devrait toujours équivaloir au solde comptes clients du livre-journal, tel

que ce solde est inscrit dans le livre après avoir été calculé. Des exemples de ce type de rapport ou de grand livre sont fournis au graphique 18.

4.5.2 Plan comptable

Si toutes les institutions ou organisations suivent essentiellement les mêmes pratiques fondamentales de comptabilité, il n'en est pas moins vrai que chaque organisation doit encore mettre au point et maintenir un système de contrôle financier et d'information comptable spécialement adapté à ses caractéristiques. Les plans comptables proposés ici sont destinés à répondre aux besoins de Eye Care MARCH et des organismes qui en dépendent, c'est-à-dire l'Hôpital Mirebalais et le Projet City*Med. Un plan comptable est une liste codifiée de comptes classés d'après leur nature et d'après la gamme d'activités de l'organisation. Ces comptes constituent l'architecture du journal. Leur fonction principale est de faciliter l'interprétation de l'information financière reportée sur le journal.

Lorsqu'on établit ce système, il est indispensable de veiller à ce que toutes les transactions influant sur le bilan soient enregistrées séparément. Le plan comptable de City*Med comprendra les catégories suivantes, qui peuvent être subdivisées, avec les codes indiqués en regard:

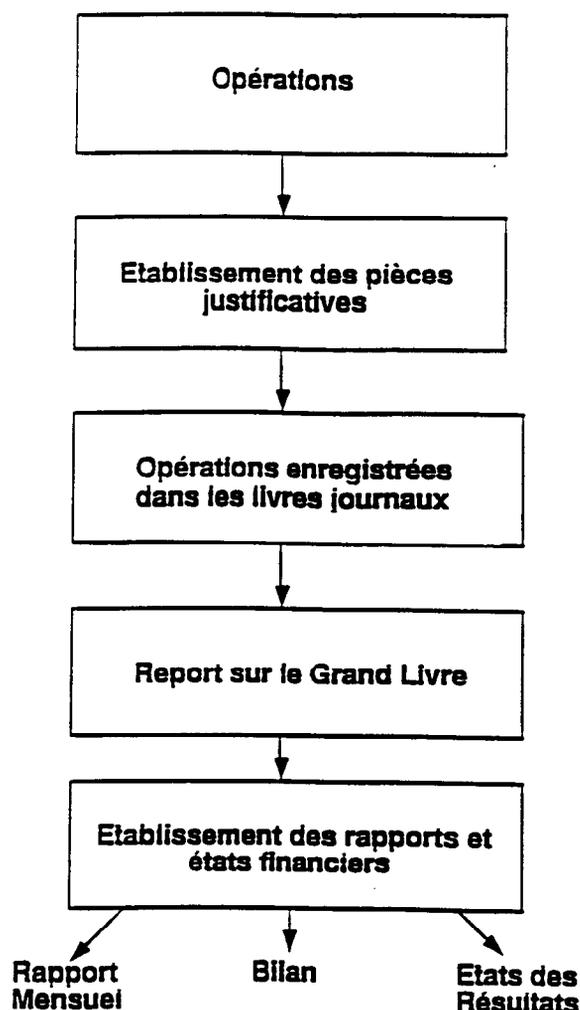
Actif	100 - 300
Passif	400
Capitalisation des subventions	500
Recettes	600
Charges	700
Compte spécial	800

Des plans comptables détaillés applicables à City*Med, à l'Hôpital Mirebalais et à Eye Care MARCH sont présentés dans l'annexe G.

4.6 PLAN DE SUIVI ET D'EVALUATION AUX FINS DE CONTROLE FINANCIER

La section précédente a étudié des manières d'améliorer l'acheminement de l'information comptable depuis le niveau des opérations jusqu'au livre-journal (voir graphique 19). La présente section porte essentiellement sur la dernière étape du flux d'information, c'est-à-dire l'établissement des rapports financiers et instruments de surveillance. On espère que grâce à l'utilisation des rapports et instruments proposés ci-après, le contrôle financier à Eye Care MARCH sera amélioré. Aux fins du présent rapport, ceci s'applique en particulier à l'Hôpital Mirebalais.

GRAPHIQUE 19: FLUX DE L'INFORMATION COMPTABLE



4.6.1. Le bilan

Le bilan est le principal document que l'on extrait du livre-journal. Il décrit la position financière de l'hôpital à une date donnée et peut être utilisé sur une base mensuelle, trimestrielle ou annuelle. Un échantillon de bilan est présenté dans le graphique 20. Il est recommandé que HM utilise un bilan mensuel pour instaurer cette pratique sur une base régulière. Après le premier trimestre, la fréquence de la présentation du bilan peut être réduite à une fois par trimestre. S'il est clair que les chiffres du bilan ne varient pas grandement et n'ont donc pas besoin d'être constamment surveillés, la direction peut éventuellement décider de réduire la fréquence des bilans à un par an.

GRAPHIQUE 20: ECHANTILLON DE BILAN
Hôpital Mémorial Unger
Exemple de Bilan au 31 décembre 1981

<i>Actif</i>		
	1969	1970
Actif circulant		
Encaisse	\$125,000	\$27,000
Valeurs réalisables	20,000	115,000
Créances - Patients	175,000	200,000
Créances - Divers	25,000	20,000
Stock	40,000	45,000
Total Actif circulant	385,000	\$407,000
Actif immobilisé		
Terrains	\$ 50,000	\$ 50,000
Matériels (après amortissement)	825,000	\$ 875,000
Immeubles (après amortissement)	1,750,000	1,700,000
Total Actif immobilisé	\$2,625,000	\$2,625,000
Autres éléments d'actif		
Fonds de dotation A-avec restrictions	\$75,000	\$ 90,000
Fonds de dotation B-sans restrictions	1,000,000	1,000,000
Total Autres éléments d'actif	\$1,075,000	\$1,090,000
Charges comptabilisées d'avance		
Assurance payée d'avance	\$ 5,000	\$ 7,500
Total Charges comptabilisées d'avance	\$ 5,000	\$ 7,500
Total Actif:	\$4,090,000	\$4,129,500
<i>Passif et Situation nette</i>		
Exigible à court terme		
Dettes à court terme	\$138,000	\$150,000
Salaires à payer	\$ 22,000	\$ 30,000
Total Exigible à court terme	\$160,000	\$180,000
Dettes à long terme		
Hypothèque - Immeuble A	\$1,000,000	\$ 950,000
Prêt	\$ 300,000	\$ 300,000
Total Dettes à long terme	\$1,300,000	\$1,250,000
Situation nette	\$2,630,000	\$2,899,500
Total Passif et Situation nette:	\$4,090,000	\$4,129,500

Source: Berman et Weeks, 1982.

Si le bilan peut à lui seul fournir une information utile à la direction concernant la situation financière de l'organisation, la comparaison de bilans successifs est encore plus utile parce qu'elle renseigne sur les changements intervenus dans la position financière. Il serait bon par exemple d'évaluer l'actif et le passif par rapport à ce qu'ils étaient à des dates antérieures. Un bilan dont un ou plusieurs postes accusent un changement peut signifier que l'institution court un risque dont il faut s'occuper immédiatement. D'un autre côté, on peut aussi bien surveiller les progrès.

4.6.2 Ratios

Pour évaluer un bilan et le comparer à ceux de périodes précédentes, on peut vouloir se servir de ratios. Les ratios sont l'expression quantitative des rapports entre plusieurs postes du bilan (Berman et Weeks, 1982). S'agissant de HM, l'utilisation périodique de plusieurs ratios est recommandée; il convient cependant de se souvenir qu'ils ne peuvent fournir que des lignes directrices pour les décisions et qu'ils ne valent que pour l'institution faisant l'objet de l'analyse. Considérés individuellement, les ratios fournissent par eux-mêmes peu d'information, excepté par comparaison aux normes établies pour l'institution et par analyse sur une certaine période de temps. Les suggestions portant sur les ratios type à utiliser à HM seront examinées à la suite de la présentation de chacun d'eux. Les ratios proposés sont le ratio de liquidité générale, le ratio de trésorerie réduite, le délai moyen de recouvrement et la rotation des stocks. Tous sont obtenus à partir de l'information contenue dans le bilan.

Le ratio de liquidité générale, quotient du total de l'actif circulant et du passif à court terme, est considéré comme un indicateur fondamental de la position financière. Pour HM, voulant atteindre le seuil de rentabilité, un ratio acceptable serait égal ou supérieur à un. Si l'hôpital cherchait à faire quelques bénéfices, par exemple pour subvenir à d'autres activités de santé dans la région, un ratio plus élevé serait souhaitable. Dans beaucoup d'hôpitaux américains à but lucratif, le ratio de liquidité générale peut aller jusqu'à cinq. Bien évidemment, la valeur de ce ratio est tributaire des objectifs de l'institution; en conséquence, la norme dépend de ces objectifs et n'est pas une constante.

Le ratio de trésorerie réduite, quotient des disponibilités (encaisse plus créances) par le total du passif à court terme, peut être utilisé pour vérifier le ratio de liquidité générale. Cependant, du fait qu'il ne tient pas compte de la valeur des stocks, il est une mesure plus juste de la liquidité que le ratio de liquidité générale. Le ratio de trésorerie réduite sera inférieur au ratio de liquidité générale, mais pour l'hôpital de Mirebalais, il devrait être aussi proche que possible de l'unité.

Le délai moyen de recouvrement est un indicateur utile pour surveiller le temps qu'il faut pour recouvrer les créances. Il se calcule en multipliant les créances annuelles par 360 jours et en divisant le résultat par les ventes annuelles à crédit (services fournis à crédit). Dans le cas de HM, le délai moyen de recouvrement est probablement très élevé à l'heure actuelle. Généralement les sommes que doivent les patients ne sont jamais recouvrées si elles ne le sont pas au moment de la prestation de service. Aux fins d'évaluation de la position financière, un délai moyen de recouvrement de plus de 90 jours (ou toute autre période déterminée par la direction) serait une indication que les créances ne seront pas recouvrées et tomberont donc à zéro au bout de 90 jours. Le recrutement d'un agent de recouvrement et la mise en oeuvre des recommandations portant sur l'amélioration du système de comptabilité et d'information financière devraient aider à réduire considérablement le délai de recouvrement et à créer une nouvelle norme. En établissant celle-ci, il convient de prendre en considération qu'en fixant un délai trop court, sept jours par exemple, on risque d'imposer des conditions trop rigoureuses qui décourageront les patients d'utiliser l'hôpital (Johnson, 1972).

Le coefficient de rotation des stocks est le quotient du coût des biens vendus par le nombre moyen d'articles stockés. Cette notion exige une tenue comptable très soigneuse des frais de fournitures médicales et pharmaceutiques (compte tenu des donations et des subsides) et de l'utilisation des stocks. Il peut être utile au commencement de calculer ce coefficient sur une base mensuelle, jusqu'à pouvoir établir une norme. Il serait actuellement difficile d'évaluer ce coefficient car les livres de rotation des stocks sont désorganisés ou inaccessibles.

4.6.3 Rapports

La direction voudra peut-être élaborer plusieurs rapports construits sur l'information contenue dans le bilan ou tirée des ratios décrits dans les paragraphes précédents. Les rapports suggérés ici n'ont pas besoin d'être longs ou de prendre beaucoup de temps; ils sont plutôt destinés à donner un aspect formel au rassemblement de données. En outre, ils devraient fournir à la direction une information financière utile pour la prise de décisions.

Outre le **rapport journalier de trésorerie** et le **rapport comptes clients** décrits précédemment, on recommande l'emploi d'un **rapport mensuel de trésorerie** et d'un **rapport mensuel sur la rotation des stocks**. Ces deux derniers rapports découlent de l'information fournie par l'analyse effectuée au moyen des ratios faisant l'objet des paragraphes précédents et ne devraient donc pas constituer un travail excessif pour l'administration. L'objet du rapport mensuel de trésorerie (voir graphique 21) est de mettre au jour et d'évaluer les tendances temporelles (Berman et Weeks, 1982). Son utilité se dégage de sa comparaison avec les rapports des mois précédents. Il permet à la direction de dresser des plans mieux qu'elle ne peut le faire en s'appuyant seulement sur l'information contenue dans les rapports journaliers, parce qu'il contient des projections de trésorerie pour le mois suivant.

GRAPHIQUE 21: ECHANTILLON DE RAPPORT MENSUEL DE TRESORERIE
Hôpital du département de Lanoff
pour le mois se terminant le _____

	Ch. réels	Budget
Encaisse d'ouverture	\$ _____	\$ _____
Rentrées de fonds		
Malades hospitalisés	\$ _____	\$ _____
Malades externes	\$ _____	\$ _____
Autres recettes d'expl.	\$ _____	\$ _____
Hors exploitation	\$ _____	\$ _____
Total:	\$ _____	\$ _____
Sorties de fonds		
Traitements et salaires	\$ _____	\$ _____
Fournitures	\$ _____	\$ _____
Installations	\$ _____	\$ _____
Divers	\$ _____	\$ _____
Total:	\$ _____	\$ _____
Encaisse de clôture	\$ _____	\$ _____
Projections de trésorerie	Mois se terminant _____	\$ _____

Source: Berman et Weeks, 1982

Le rapport mensuel de rotation des stocks peut servir à évaluer l'efficacité de la gestion des stocks à l'hôpital (voir graphique 22). Il compare la quantité des articles stockés qu'utilise chaque centre de coût durant le mois actuel à la quantité utilisée durant les mois précédents et calcule une moyenne qui peut aussi faire l'objet d'une comparaison. Un coefficient de rotation assez élevé est une bonne indication que les stocks sont utilisés rapidement et que le gaspillage est faible. Un coefficient très élevé peut au contraire signifier des stocks inadéquats et des pénuries. Un coefficient très faible laisse entrevoir un surstockage et peut indiquer un gaspillage de produits pharmaceutiques. Le degré précis de renouvellement des stocks bon pour HM (c.-à.-d. la norme à fixer pour le coefficient) devrait être évalué dans plusieurs mois, lorsque les compte rendus sur les stocks seront améliorés.

**GRAPHIQUE 22: ECHANTILLON DE RAPPORT MENSUEL SUR LA
ROTATION DES STOCKS**
Hôpital Général de Lindsay

31 mai 1981

(1) Centre de coût	(2) Utilisation mensuelle prévue	Stocks		(4) <u>Coefficient de rotation</u>		
		(3A) Mois courant	(3B) Mois dernier	(Col.2 + 3A)	Mois*	Moyenne*
				Mois courant	dernier	* - annuelle
1.Magasin Central	25,400	5,000	20,000	5.1	2.7	2.6
2.Diététique	102,700	32,000	45,000	3.2	3.2	3.0
3.Pharmacie	37,800	3,100	5,000	12.2	10.8	9.5
17.Infirmierie-A	6,500	2,000	4,000	3.2	2.1	1.8

* Extrait du rapport du mois dernier

** Moyenne arithmétique des coefficients de rotation des 12 derniers mois

Source: Berman et Weeks, 1982

Finalment, des projections trimestrielles de rentabilité seraient utiles à la direction de l'hôpital. Ces projections peuvent servir à réévaluer périodiquement où en est l'hôpital et à moduler les prix en fonction des variations du volume de patients, des coûts et des subsides, ou d'autres variables. Les variables à prendre en considération peuvent inclure le revenu par habitant, les taux de croissance démographique, l'inflation, les taux de change, les élasticités revenu et prix, et le nombre de produits pharmaceutiques utilisés par patient. On trouvera dans d'autres pages du présent rapport une description de l'emploi de l'instrument d'analyse de point mort ainsi que des exemples de résultats.

Une surveillance périodique des comptes par un vérificateur externe des comptes augmenterait grandement les chances d'obtenir des rapports exacts en temps utile. Par exemple, cette surveillance pourrait s'exercer mensuellement

pendant les six premiers mois suivant l'adoption des nouvelles procédures de contrôle financier, et sur une base trimestrielle par la suite.

En résumé, il est suggéré que pour améliorer le contrôle financier à l'hôpital, la direction de l'hôpital utilise les rapports et instruments de surveillance suivants:

- des rapports de trésorerie journaliers (relevés de caisse) et mensuels;
- des relevés mensuels des comptes clients;
- des relevés mensuels des jours de service impayés;
- un bilan trimestriel accompagné d'une évaluation (ratio de liquidité générale, ratio de trésorerie réduite, délai moyen de recouvrement et rotation des stocks);
- des projections trimestrielles de rentabilité, fondées sur les statistiques de volume de patients, une revue des coûts et les variables du tableur de calcul de la rentabilité;
- des rapports périodiques de surveillance, ou vérifications.

5.0 CONCLUSIONS

L'analyse montre que HM possède plusieurs mécanismes pour améliorer son fonctionnement. Premièrement, une analyse de l'utilisation et des coûts des services a montré que les coûts par unité de service sont élevés pour les services de faible volume tels que la chirurgie et la maternité. Une augmentation du volume des patients contribuera grandement à la solution de ce problème car les frais fixes représentent une forte proportion de ces coûts. Deuxièmement, une analyse de point mort a montré que les prix des services sont actuellement bien au-dessous des coûts, et au-dessous également du point d'équilibre pour l'hôpital. Augmenter les prix d'une moyenne de 25% (mis à part la chirurgie, les accouchements et les soins maternels) pourrait aider l'hôpital à atteindre le seuil de rentabilité en six ans. Si l'augmentation de prix est accompagnée d'une augmentation de 100% dans l'utilisation des services, l'hôpital pourrait atteindre le même but en trois ans, pourvu que toutes les autres variables demeurent inchangées, à l'exception du revenu subventionnel, qui est éliminé. D'autres changements dans le barème des prix actuel contribueraient également à réduire le déficit actuel.

Mais il ne suffira pas de hausser les prix. La direction de l'hôpital devra faire en sorte que des médecins soient disponibles à l'hôpital pour voir les patients. Actuellement, les médecins ne sont pas disponibles pendant une bonne partie de la semaine, bien qu'ils soient rémunérés. Il est peu probable que les patients viennent chercher des soins curatifs, pour lesquels on leur demande un paiement, à moins de recevoir ce qu'ils jugent être des soins de qualité. Les coûts doivent être surveillés et le manque d'efficacité combattu. Des sources externes de recettes peuvent être nécessaires durant les premières années, jusqu'à ce que l'hôpital se hisse au seuil de rentabilité. La direction de l'hôpital devra également lancer une campagne énergique de commercialisation dans la région de Mirebalais, afin de promouvoir les services de l'hôpital. Il est possible que peu de personnes savent ce que l'hôpital peut offrir ou comment ils peuvent bénéficier de ses services. Il convient aussi de mener une étude de marché afin d'évaluer la capacité et la disposition des patients à payer pour les services de médecine curative et afin de mieux comprendre les caractéristiques et sous-marchés de la population.

Plusieurs aspects de l'enregistrement des patients, de la collecte des paiements et de la comptabilité ont besoin d'être améliorés pour que le recouvrement des coûts s'opère de façon satisfaisante à l'Hôpital Mirebalais. Ces améliorations comprennent l'assignation des tâches de collecte des paiements à des personnes expressément désignées et n'ayant aucune responsabilité dans le domaine de l'enregistrement des patients, l'amélioration des formulaires d'information comptable et de la chaîne de contre-vérifications, l'amélioration du suivi des patients grâce à un système d'information employant une numérotation, l'obligation de rendre compte des sommes encaissées, et l'utilisation d'un système de comptabilité à un livre et d'un plan comptable révisé. Pour améliorer la surveillance et le contrôle financier, il convient d'utiliser des rapports réguliers sur la situation financière. En fin de compte, le contrôle financier et la maîtrise des coûts seront aussi importants pour la réussite du recouvrement des coûts à HM que l'amélioration de la collecte des paiements et l'augmentation des recettes clients.

Les recommandations faites ici sont nombreuses. Néanmoins tous les remèdes suggérés sont faisables et la direction de l'hôpital a les moyens de les appliquer aussitôt que possible. Ils peuvent être mis en oeuvre par phases successives, en fonction des charges de travail actuelles et de la rapidité avec laquelle on peut engager les services d'un consultant local. A la longue, le temps consacré à cette mise en oeuvre sera compensé par des rétributions importantes. Le système sera plus rationalisé et prendra moins de temps à surveiller tout en fournissant plus d'information que ce dont on dispose actuellement pour guider les décisions de gestion. Si ces suggestions sont suivies, le recouvrement des coûts à l'Hôpital de Mirebalais sera un objectif réalisable.

ANNEXE A: PORTEE DES TRAVAUX

Assistance Technique pour la Mise en Oeuvre du Recouvrement des Coûts à l'Hôpital de Mirebalais

PORTEE DES TRAVAUX

Contexte

Le Child Health Institute (CHI) est une organisation bénévole privée (OBP), établie en 1985, qui mène des travaux de recherche et maintient un centre de ressources techniques pour aider à la diffusion, la promotion, la surveillance et l'évaluation des efforts en matière de survie de l'enfance. L'un des établissements de prestation de services aidés par CHI est l'Hôpital de Mirebalais.

En 1989, sous les auspices de CHI, Kirsten Frederiksen, de l'École de Santé Publique de Harvard, a fait une étude pour estimer les coûts des services fournis et évaluer les résultats obtenus à l'Hôpital de Mirebalais en matière de recouvrement des coûts. L'analyse a montré que si les prix des services étaient fixés au niveau des coûts, il est probable que la plupart des prix seraient à la portée de la population desservie par l'hôpital. Ceci indique que l'autosuffisance financière est un objectif réalisable dans le cas de l'Hôpital de Mirebalais. Toutefois, l'analyse des résultats du recouvrement des coûts a révélé que les prix facturés n'étaient pas alignés sur les coûts et que la collecte des paiements ne suivait pas une méthode rigoureuse. CHI aimerait aider l'hôpital à revoir son système de recouvrement des coûts afin de lui permettre d'atteindre la rentabilité.

La mise en oeuvre d'un système révisé de recouvrement des coûts exige l'accomplissement de tâches additionnelles. On souhaite encourager l'utilisation de certains services sous-appréciés par la population (c.-à-d. les immunisations, les soins prénatals). Dans le cas de certains services, particulièrement les services d'hospitalisation, la fixation des prix au même niveau que les coûts se traduirait par un lourd fardeau financier pour les utilisateurs de ces services. Pour atteindre l'autosuffisance financière tout en fixant les prix de tels services au-dessous de leurs coûts, il faudrait relever d'autant les prix de services plus recherchés mais moins coûteux tels que les services de consultation externe et les produits pharmaceutiques. En outre, la fixation des prix aux fins du système de recouvrement des coûts doit permettre de couvrir les coûts du programme de santé communautaire.

Une fois le système de tarification établi, il sera indispensable de concevoir et mettre en place des mécanismes administratifs améliorés. Ces mécanismes comprennent la collecte, le contrôle et la protection des fonds; des méthodes relatives à l'octroi d'exonérations ou de réductions de paiement; et des systèmes de surveillance des coûts, des recettes et de l'utilisation.

Finalement, il convient d'établir un plan de suivi et d'évaluation en vue de régler les prix et les mécanismes administratifs avec le temps. Des ajustements

tarifaires peuvent être nécessaires pour suivre l'inflation, compenser des changements imprévus dans l'utilisation des services et garantir l'autosuffisance financière. En fixant les prix des services au-dessus ou au-dessous des coûts, on n'a pas toujours la certitude d'obtenir une utilisation structurée comme on le désire, et l'autosuffisance peut être menacée. De même, les prix doivent monter de manière à refléter l'inflation des coûts. Enfin, il se peut que le système d'exonération ne parvienne pas suffisamment à garantir l'accès des économiquement faibles aux services ou à requérir un paiement de la part de ceux qui ont les moyens de payer.

Tâches à exécuter

Afin d'établir un barème des prix à appliquer à l'Hôpital de Mirebalais, il faut actualiser l'estimation des coûts et l'évaluation de la performance en matière de recettes, effectuées par Frederiksen, proposer des variations de prix par rapport aux coûts, faire des projections de recettes, et rajuster les prix pour faire des projections du seuil de rentabilité. A l'aide des estimations existantes, les coûts seront actualisés en fonction de l'évolution des salaires, des prix des produits pharmaceutiques, etc. On pourra alors faire des ajustements pour fixer les prix des services à promouvoir au-dessous des coûts, tandis que des augmentations compensatrices seront apportées aux prix d'autres services. Le pourcentage attendu d'exonérations de paiement devra être pris en considération. Ce processus exigera un grand nombre d'itérations pour trouver un ensemble de prix garantissant le maintien de la rentabilité.

Etant donné l'ensemble de prix à appliquer, il convient d'établir un système de collecte, de contrôle financier et de protection des fonds; des méthodes permettant de déterminer systématiquement qui doit bénéficier d'une exonération de paiement doivent être établies également. Cette tâche sera exécutée en s'inspirant des pratiques actuelles de collecte et d'exonération des paiements. On mettra en évidence les points faibles et on proposera des solutions pour y remédier. La révision du système actuel portera également sur la conception de méthodes de rassemblement de données de gestion financière sur une base régulière. Cette information comprendra le volume de services fournis, les exonérations accordées, les coûts des services et les sommes encaissées, pour chaque unité de l'hôpital. On élaborera des modèles de formulaires à employer pour le rassemblement et la présentation de cette information.

Finalement, un plan de suivi et d'évaluation sera dressé. Ce plan établira la fréquence des rapports de gestion financière, la fréquence et les méthodes d'ajustement des prix en fonction des variations des coûts d'entrée, ainsi que des méthodes d'évaluation et d'ajustement de la structure des prix et des exonérations afin de maintenir l'autosuffisance financière tout en favorisant certains services et en garantissant que tous les éléments de la population aient accès à ces services.

Dans le cadre de ces analyses, un séminaire sera organisé pour les représentants de CHI, USAID, d'autres organismes bénévoles concernés (notamment CDS et AOPS), ainsi que d'autres bailleurs de fonds (l'OPS, la BID, la Banque mondiale et l'UNICEF). Au cours de ce séminaire seront présentés des exposés sommaires sur les problèmes examinés, les méthodes, les résultats et les recommandations.

Personnel, tâches particulières et niveaux d'effort

CONSULTANT ETRANGER

Compétences: Connaissance pratique de l'analyse des coûts, de l'établissement de barèmes de prix, et de l'analyse de point mort. Il est nécessaire d'être au courant des systèmes de collecte de paiements des hôpitaux, notamment en ce qui concerne la structure institutionnelle, les responsabilités administratives, le flux d'information financière, la mise en oeuvre et le suivi. Doit pouvoir travailler en équipe.

Responsabilités: Révision d'estimations de coûts, définition de barèmes de prix et d'exonérations, projections de recettes et analyses de point mort en fonction de différents scénarios; surveillance de l'évaluation des systèmes de collecte de paiements et d'information financière et mise en oeuvre de systèmes révisés; mise au point d'un plan de suivi et d'évaluation du système de collecte de paiements (y compris la fréquence des rapports et les ajustements d'estimations de coûts, de prix et d'exonérations); mise à l'épreuve de la faisabilité des méthodes mises au point et des recommandations faites; supervision du consultant local.

Produits:

- Estimations de coûts révisées
- Barèmes de prix (pour une variété de scénarios)
- Projections de recettes (pour une variété de scénarios)
- Analyses de point mort (pour une variété de scénarios)
- Plan de suivi et d'évaluation pour systèmes de collecte de paiements et d'information financière
- Sommaire de recommandations
- Présentation de problèmes, méthodes, résultats et recommandations

Consultant proposé: Kirsten Frederiksen (HFS)

Niveau d'effort:

21 personnes-jour dans le pays (ou moins si la progression des travaux le permet)

14 jours au siège du bureau d'études

CONSULTANT LOCAL:

Compétences: Bonne connaissance pratique des systèmes d'information financière et de la gestion et l'administration de la collecte des paiements. Capacité à évaluer et modifier les systèmes de collecte et d'exonération de paiement est prise. Capacité à travailler en équipe est nécessaire également.

Responsabilités: Evaluation du système actuel de collecte de paiements, y compris la collecte (organisation/moyens), le contrôle financier et la protection des fonds; établissement d'un mécanisme apte à améliorer la collecte des paiements et la détermination des ayants droit à une exonération; conception de méthodes de rassemblement d'information de gestion financière (y compris le

volume de services fournis, les exonérations accordées, les coûts des services, et les recettes unitaires); mise au point de formulaires pour le rassemblement et la présentation sommaire de l'information; participation au plan de suivi et d'évaluation des systèmes de collecte des paiements et de surveillance; mise à l'épreuve de la faisabilité des méthodes proposées.

Produits:

Description des systèmes actuels de collecte des paiements et d'information financière

Mise en évidence des faiblesses du système

Liste d'options pour remédier aux problèmes mis en évidence et analyse de la faisabilité de chaque option

Recommandations portant sur l'amélioration de la collecte des paiements, le rassemblement de l'information financière, et le suivi

Formulaires de rassemblement et de présentation sommaire de l'information

Présentation de problèmes, méthodes, résultats et recommandations

Consultant proposé: Consultant local à désigner

Niveau d'effort:

25 jours sur les lieux (ou moins, si la progression des travaux le permet)

ANNEXE B: GLOSSAIRE

ANALYSE DE POINT MORT: Une analyse comparant les recettes et les coûts de l'établissement et examinant la quantité dont les recettes s'écartent des coûts. Le seuil de rentabilité, ou point mort, auquel les recettes sont égales aux coûts, est calculé pour déterminer le montant des recettes nécessaires pour la rentabilité de l'établissement ou de l'entité.

COUT MOYEN: Quotient du coût total (la somme des frais fixes et des frais variables) par le nombre total de produits ou d'unités de service.

COÛTS VARIABLES: Frais encourus pour la production d'un produit ou service variable. Les coûts variables augmentent en fonction de l'augmentation du **taux de production ou des produits**, comme par exemple une croissance des frais de produits pharmaceutiques lorsque le volume de patients augmente.

COÛTS FIXES: Coûts de fourniture d'un service ou d'un produit dont le montant est indépendant du niveau d'activité (nombre d'unités de service ou de produit). Des exemples de coûts fixes sont l'amortissement des bâtiments et des équipements.

ELASTICITE-PRIX DE LA DEMANDE: Variation en pourcentage de la quantité demandée résultant d'une variation de prix de 1%. On dit que la **demande d'un article** est élastique au prix lorsque l'élasticité de la demande est supérieure à l'unité. La demande d'un article est inélastique au prix si l'élasticité de la demande est inférieure à l'unité. Si l'élasticité-prix est supérieure à un, une réduction de prix conduit à une augmentation des dépenses des consommateurs pour acquérir le produit.

ELASTICITE-REVENU DE LA DEMANDE: Variation de la quantité consommée d'un service ou d'un produit résultant d'une variation du revenu monétaire du consommateur (Mansfield, 1982). Une augmentation du revenu monétaire du consommateur peut donner lieu à des augmentations du montant des biens consommés. Tel est le cas en général pour les articles de luxe, l'élasticité-revenu étant positive.

FONDS DE ROULEMENT: Total de l'actif net à court terme de l'établissement ou de l'entité. Il représente la somme des investissements de l'établissement dans des éléments d'actif à court terme, tels que numéraire, titres négociables, créances et stocks.

PRIX CONSTANTS: Mesure la valeur des produits d'une période donnée en prix d'une autre période. On parle aussi de prix réels. Cette mesure essaie d'isoler la production matérielle dans l'économie à des périodes différentes, en évaluant aux mêmes prix tous les biens produits au cours des deux périodes. Par exemple, pour mesurer la valeur qu'aurait la production d'aujourd'hui si elle avait été vendue aux prix de 1980, la valeur de la production d'aujourd'hui est multipliée par les prix de 1980.

PRIX COURANTS: Mesure la valeur de la production d'une période donnée en prix de cette période. On parle aussi de prix d'origine ou nominaux.

PRODUIT INTERIEUR BRUT: Agrégat du revenu annuel, monétaire et non monétaire, correspondant à l'ensemble des biens et services produits sur le territoire national.

SCENARIO: Un enchaînement d'événements soit imaginés ou extrapolés

SEUIL DE RENTABILITE: Le point (appelé aussi point d'équilibre ou point mort) auquel le total des charges ou des coûts correspond au total du revenu ou des recettes.

ANNEXE C: IMPUTATIONS PAR PALIERS ET COUTS UNITAIRES ESTIMES

Tableau C.1.1.

Hôpital Eye Care de Mirebalais: Répartition des Charges
par Service (1)

Article de Dépense (Par an)
(\$1989)

Services	Personnel	Fournitures	Commod.	Eqpmt.	Prestations	Formation	Déplcmts.	Evaluation	Total
A. Services Indirects									
1. Administration	\$35,490	\$4,800	\$2,172	\$4,899	\$27,572	\$800	\$1,400	\$8,000	\$85,133
2. Entretien	\$4,500	\$19,400							\$23,900
3. Blanchissage	\$1,500	\$200							\$1,700
4. Stocks/Fournitures	\$2,400	\$61,487							\$63,887
5. Stérilisation	\$145	\$200		\$488					\$833
6. Infirmerie	\$10,555					\$1,000			\$11,555
B. Services Directs									
1. Disp prénatal	\$7,430			\$814					\$8,244
2. Disp pédiatrique	\$2,085			\$33					\$2,118
3. Service d'urgence	\$6,500			\$49					\$6,549
4. Disp de Médecine	\$2,085			\$49					\$2,134
5. Vaccinations	\$2,400	\$254							\$2,654
6. Soins oculaires	\$20,520	\$5,640		\$814					\$26,974
7. Salle de Maternité	\$2,085			\$195					\$2,280
8. Salle de Médecine	\$695			\$195					\$890
9. Salle pédiatrique	\$695			\$163					\$858
10. Salle d'Ophthalmol.	\$2,725	\$1,200		\$195					\$4,120
11. Chirurgie	\$4,000			\$1,627					\$5,627
12. Laboratoire	\$9,600	\$9,000		\$651					\$19,251
13. Pharmacie	\$2,400								\$2,400
Totaux	\$117,810	\$102,181	\$2,172	\$10,172	\$27,572	\$1,800	\$1,400	\$8,000	\$271,106

Note:

(1) Comprend les articles figurant au rapport sur les dépenses, ainsi que d'autres articles qui représentent des coûts annuels pour l'établissement.

Tableau C.1.2 (1re partie)

HÔPITAL DE MIREBALAIS: REPARTITION PAR PALIERS

Services	Frais Directs	Amortissem. & Annualisat.		Administration		Entretien	
		Clé de Répartition		Clé de Répartition		Clé de Répartition	
		Surface	Imputation	Frais Directs	Imputation	Surface	Imputation
Indirects							
Deprec. & Ann.	\$27,603	100.0%	\$27,603				
Administration	\$85,132	10.0%	\$2,760	100.0%	\$87,892		
Entretien	\$23,900	2.0%	\$552	7.0%	\$6,152	100.0%	\$30,605
Blanchissage	\$1,700	1.0%	\$276	0.5%	\$439		
Stocks/Fournitures	\$63,887	10.0%	\$2,760	11.0%	\$9,668	10.0%	\$3,060
Infirmierie	\$11,555	5.0%	\$1,380	6.0%	\$5,274	5.0%	\$1,530
Stérilisation	\$833	3.0%	\$828	0.5%	\$439	3.0%	\$918
Directs							
Disp prénatal	\$8,244	3.0%	\$828	5.0%	\$4,395	4.0%	\$1,224
Disp pédiatrique	\$2,118	3.0%	\$828	9.0%	\$7,910	6.0%	\$1,836
Svc d'urgence	\$6,549	3.0%	\$828	3.0%	\$2,637	4.0%	\$1,224
Disp de Médecine	\$2,134	3.0%	\$828	9.0%	\$7,910	6.0%	\$1,836
Vaccinations	\$2,654	3.0%	\$828	3.0%	\$2,637	4.0%	\$1,224
Soins oculaires	\$26,974	12.0%	\$3,312	9.0%	\$7,910	15.0%	\$4,591
Salle de Maternité	\$2,280	10.0%	\$2,760	6.0%	\$5,274	10.0%	\$3,060
Salle de Médecine	\$890	6.0%	\$1,656	6.0%	\$5,274	5.0%	\$1,530
Salle de Pédiatrie	\$858	4.0%	\$1,104	4.0%	\$3,516	4.0%	\$1,224
Salle d'ophtalmologie	\$4,120	4.0%	\$1,104	6.0%	\$5,274	5.0%	\$1,530
Chirurgie	\$5,627	6.0%	\$1,656	2.0%	\$1,758	9.0%	\$2,754
Laboratoire	\$19,251	4.0%	\$1,104	4.0%	\$3,516	10.0%	\$3,060
Pharmacie	\$2,400	8.0%	\$2,208	9.0%	\$7,910		
Totaux	\$298,709		\$55,206		\$175,785		\$61,209

Tableau C.1.3. (2e partie)

HOPITAL DE MIREBALAIS: REPARTITION PAR PALIERS

Services	Blanchissage		Stocks & Fournitures		Infirmierie	
	Clé de Répartition		Clé de Répartition		Clé de Répartition	
	Surface	Imputation	Visites de Patients	Imputation	Visites de Patients	Imputation
Indirects						
Deprec. & Ann.						
Administration						
Entretien						
Blanchissage	100.0%	\$2,415				
Stocks/Fournitures			100.0%	\$79,375		
Infirmierie					100.0%	\$19,739
Stérilisation						
Directs						
Disp prénatal	1.0%	\$24	10.0%	\$7,938	8.0%	\$1,579
Disp pédiatrique	2.0%	\$48	2.0%	\$1,588	19.0%	\$3,750
Svc d'urgence	1.0%	\$24	1.0%	\$794	4.0%	\$790
Disp de Médecine	1.0%	\$24	4.0%	\$3,175	23.0%	\$4,540
Vaccinations					12.0%	\$2,369
Soins oculaires					4.0%	\$790
Salle de Maternité	27.0%	\$652	9.0%	\$7,144	5.0%	\$987
Salle de Médecine			10.0%	\$7,938	5.0%	\$987
Salle de Pédiatrie	24.0%	\$580	8.0%	\$6,350	3.0%	\$592
Salle d'ophtalmologie	32.0%	\$773	8.0%	\$6,350	5.0%	\$987
Chirurgie	12.0%	\$290	3.0%	\$2,381	2.0%	\$395
Laboratoire			5.0%	\$3,969		
Pharmacie			40.0%	\$31,750	10.0%	\$1,974
Totaux		\$4,830		\$158,750		\$39,478

Tableau C.1.4 (3e partie)

HOPITAL DE MIREBALAIS: REPARTITION PAR PALIERS

Services	Stérilisation		Totaux
	Clé de Répartition		
	Surface	Imputation	
Indirects			
Deprec. & Ann.			
Administration			
Entretien			
Blanchissage			
Stocks/Fournitures			
Infirmierie			
Stérilisation	100.0%	\$3,018	
Directs			
Disp prénatal	10.0%	\$302	\$24,534
Disp pédiatrique	19.0%	\$573	\$18,651
Svc d'urgence	3.0%	\$91	\$12,937
Disp de Médecine	23.0%	\$694	\$21,141
Vaccinations	12.0%	\$362	\$10,074
Soins oculaires	4.0%	\$121	\$43,698
Salle de Maternité	5.0%	\$151	\$22,308
Salle de Médecine	5.0%	\$151	\$18,426
Salle de Pédiatrie	6.0%	\$181	\$14,405
Salle d'ophtalmologie	5.0%	\$151	\$20,289
Chirurgie	8.0%	\$241	\$15,102
Laboratoire			\$30,900
Pharmacie			\$46,242
Totaux		\$6,036	\$298,707

Tableau C.1.5

COÛTS UNITAIRES ESTIMÉS(1)
Hôpital de Mirebalais, 1989

(\$H 1989)

Services	Coût Total Annuel	Volume Annuel de Services	Coût Moyen Par Unité de Service
Disp prénatal	\$24,534	2,100 visites	\$12
Disp pédiatrique	\$18,651	7,200 visites	\$3
Svc d'urgence	\$12,937	1,200 visites	\$11
Disp de Médecine	\$21,141	8,400 visites	\$3
Vaccinations	\$10,074	3,600 vaccinations	\$3
Soins oculaires	\$43,698	8,400 visites	\$5
Salle de Maternité	\$22,308	1,080 jours-patient	\$21
Salle de Médecine	\$18,426	900 jours-patient	\$20
Salle de Pédiatrie	\$14,405	900 jours-patient	\$16
Salle d'ophtalmologie	\$20,289	960 jours-patient	\$21
Chirurgie	\$15,102	240 opérations	\$63
Laboratoire	\$30,900	12,000 tests	\$3
Pharmacie	\$46,242	27,000 ordonnances	\$1.71

Note:

(1) Ces coûts comprennent tous les frais d'exploitation de l'hôpital, y compris les frais généraux, les dons et les subsides. Les coûts des services comprennent les coûts de produits pharmaceutiques ventilés par service et par volume de patients (c.-à-d. les produits pharmaceutiques remis sans ordonnance).

Tableau C.2.1

Hôpital Eye Care de Mirebalais: Répartition des Charges
par Service (1)
(1990)

Article de Dépense (par an)
(\$H 1989)

Services	Personnel	Fournitures	Commod.	Eqpmt.	Prestations	Formation	Déplcmts.	Evaluation	Total
A. Services Indirects									
1. Administration	\$34,955	\$2,400	\$3,000	\$4,899		\$800	\$1,800	\$2,750	\$50,604
2. Entretien	\$5,145			\$18,000					\$23,145
3. Blanchissage	\$1,715	\$200							\$1,915
4. Stocks/Fournitures	\$2,744	\$19,200							\$21,944
5. Stérilisation	\$166	\$200		\$488					\$854
6. Infirmierie	\$19,200					\$1,000			\$20,200
B. Services Directs									
1. Disp prénatal	\$9,604			\$814					\$10,418
2. Disp pédiatrique	\$9,604			\$33					\$9,637
3. Service d'urgence	\$1,029			\$49					\$1,078
4. Disp de Médecine	\$9,604			\$49					\$9,653
5. Vaccinations	\$2,400	\$254		\$100					\$2,754
6. Soins oculaires	\$12,348	\$5,640		\$814					\$18,802
7. Salle de Maternité	\$5,488			\$195					\$5,683
8. Salle de Médecine	\$5,488			\$195					\$5,683
9. Salle pédiatrique	\$5,488			\$163					\$5,651
10. Salle d'Ophthalmol.	\$4,116	\$1,200		\$195					\$5,511
11. Chirurgie	\$3,087			\$1,627					\$4,714
12. Laboratoire	\$3,000	\$1,200		\$651					\$4,851
13. Pharmacie	\$3,000								\$3,000
Totaux	\$138,181	\$30,294	\$3,000	\$28,272	\$0	\$1,800	\$1,800	\$2,750	\$206,097

Note:

(1) Comprend les articles figurant au rapport sur les dépenses, ainsi que d'autres articles qui représentent des coûts annuels pour l'établissement

Tableau C.2.2

HOPITAL DE MIREBALAIS: REPARTITION PAR PALIERS
(1re partie)

Services	Frais Directs	Amortissem. & Annualisat.		Administration		Entretien	
		Clé de Répartition		Clé de Répartition		Clé de Répartition	
		Surface	Imputation	Frais Directs	Imputation	Surface	Imputation
Indirects							
Deprec. & Ann.	\$6,650	100.0%	\$6,650				
Administration	\$50,604	10.0%	\$665	100.0%	\$51,269		
Entretien	\$23,145	2.0%	\$133	7.0%	\$3,589	100.0%	\$26,867
Blanchissage	\$1,915	1.0%	\$67	0.5%	\$256		
Stocks/Fournitures	\$21,944	10.0%	\$665	11.0%	\$5,640	10.0%	\$2,687
Infirmierie	\$20,200	5.0%	\$333	6.0%	\$3,076	5.0%	\$1,343
Stérilisation	\$854	3.0%	\$200	0.5%	\$256	3.0%	\$806
Directs							
Disp prénatal	\$10,418	3.0%	\$200	5.0%	\$2,563	4.0%	\$1,075
Disp pédiatrique	\$9,637	3.0%	\$200	9.0%	\$4,614	6.0%	\$1,612
Svc d'urgence	\$1,078	3.0%	\$200	3.0%	\$1,538	4.0%	\$1,075
Disp de Médecine	\$9,653	3.0%	\$200	9.0%	\$4,614	6.0%	\$1,612
Vaccinations	\$2,754	3.0%	\$200	3.0%	\$1,538	4.0%	\$1,075
Soins oculaires	\$18,802	12.0%	\$798	9.0%	\$4,614	15.0%	\$4,030
Salle de Maternité	\$5,683	10.0%	\$665	6.0%	\$3,076	10.0%	\$2,687
Salle de Médecine	\$5,683	6.0%	\$399	6.0%	\$3,076	5.0%	\$1,343
Salle de Pédiatrie	\$5,651	4.0%	\$266	4.0%	\$2,051	4.0%	\$1,075
Salle d'Optomologie	\$5,511	4.0%	\$266	6.0%	\$3,076	5.0%	\$1,343
Chiurgie	\$4,714	6.0%	\$399	2.0%	\$1,025	9.0%	\$2,418
Laboratoire	\$4,851	4.0%	\$266	4.0%	\$2,051	10.0%	\$2,687
Pharmacie	\$3,000	8.0%	\$532	9.0%	\$4,614		
Totaux	\$212,747		\$13,300		\$102,538		\$53,734

Tableau C.2.3

HOPITAL MIREBALAIS: REPARTITION PAR PALIERS
(2e partie)

Services	Blanchissage		Stocks & Fournitures		Infirmierie	
	Clé de Répartition		Clé de Répartition		Clé de Répartition	
	Surface	Imputation	Visites de Patients	Imputation	Visites de Patients	Imputation
Indirects						
Deprec. & Ann.						
Administration						
Entretien						
Blanchissage	100.0%	\$2,238				
Stocks/Fournitures			100.0%	\$30,936		
Infirmierie					100.0%	\$24,952
Stérilisation						
Directs						
Disp prénatal	1.0%	\$22	10.0%	\$3,094	8.0%	\$1,996
Disp pédiatrique	2.0%	\$45	2.0%	\$619	19.0%	\$4,741
Svc d'urgence	1.0%	\$22	1.0%	\$309	4.0%	\$998
Disp de Médecine	1.0%	\$22	4.0%	\$1,237	23.0%	\$5,739
Vaccinations					12.0%	\$2,994
Soins oculaires					4.0%	\$998
Salle de Maternité	27.0%	\$604	9.0%	\$2,784	5.0%	\$1,248
Salle de Médecine			10.0%	\$3,094	5.0%	\$1,248
Salle de Pédiatrie	24.0%	\$537	8.0%	\$2,475	3.0%	\$749
Salle d'ophtalmologie	32.0%	\$716	8.0%	\$2,475	5.0%	\$1,248
Chirurgie	12.0%	\$269	3.0%	\$928	2.0%	\$499
Laboratoire			5.0%	\$1,547		
Pharmacie			40.0%	\$12,374	10.0%	\$2,495
Totaux		\$4,476		\$61,872		\$49,904

Tableau C.2.4

HOPITAL DE MIREBALAIS: REPARTITION PAR PALIERS
(3e partie)

Services	Sterilisation		Totaux
	Clé de Répartition		
	Surface	Imputation	
Indirects			
Deprec. & Ann.			
Administration			
Entretien			
Blanchissage			
Stocks/Fournitures			
Infirmierie			
Stérilisation	100.0%	\$2,116	
Directs			
Disp prénatal	10.0%	\$212	\$19,580
Disp pédiatrique	19.0%	\$402	\$21,870
Svc d'urgence	3.0%	\$63	\$5,283
Disp de Médecine	23.0%	\$487	\$23,564
Vaccinations	12.0%	\$254	\$8,815
Soins oculaires	4.0%	\$85	\$29,327
Salle de Maternité	5.0%	\$106	\$16,853
Salle de Médecine	5.0%	\$106	\$14,949
Salle de Pédiatrie	6.0%	\$127	\$12,931
Salle d'ophtalmologie	5.0%	\$106	\$14,741
Chirurgie	8.0%	\$169	\$10,252
Laboratoire			\$11,402
Pharmacie			\$23,015
Totaux		\$4,232	\$212,582

Tableau C.2.5

COÛTS UNITAIRES ESTIMÉS(1)
 Hôpital de Mirebalais, 1990
 (\$H 1989)

Services	Coût Total Annuel	Volume Annuel de Services	Coût Moyen Par Unité de Service
Disp prénatal	\$19,580	2,488 visites	\$8
Disp pédiatrique	\$21,870	5,484 visites	\$4
Svc d'urgence	\$5,283	1,140 visites	\$5
Disp de Médecine	\$23,564	7,620 visites	\$3
Vaccinations	\$8,815	11,124 vaccinations	\$1
Soins oculaires	\$29,327	6,000 visites	\$5
Salle de Maternité	\$16,853	504 jours-patient	\$33
Salle de Médecine	\$14,949	1,920 jours-patient	\$8
Salle de Pédiatrie	\$12,931	1,020 jours-patient	\$13
Salle d'ophtalmologie	\$14,747	432 jours-patient	\$34
Chirurgie	\$10,252	120 opérations	\$85
Laboratoire	\$11,402	3,636 tests	\$3
Pharmacie	\$23,015	25,000 ordonnances	\$0.92

Note:

(1) Ces coûts comprennent tous les frais d'exploitation de l'hôpital, y compris les frais généraux, les dons et les subsides. Les coûts des services comprennent les coûts de produits pharmaceutiques ventilés par service et par volume de patients (c.-à-d. les produits pharmaceutiques remis sans ordonnance).

Tableau C.3.1

Hôpital Eye Care de Mirebalais: Répartition des Charges
par Service (1) 1989

Article de Dépense (Par an) (2)
(\$H 1989)

Services	Personnel	Fournitures	Commod.	Eqpmt.	Prestations	Formation	Déplcmts.	Evaluation	Total
A. Services Indirects									
1. Administration	\$23,660	\$4,800	\$434	\$4,899	\$13,786	\$0	\$0	\$500	\$48,079
2. Entretien	\$4,500	\$19,400							\$23,900
3. Blanchissage	1,500	\$200							\$1,700
4. Stocks/Fournitures	\$960	\$44,482							\$45,442
5. Stérilisation	\$58	\$200		\$488					\$746
6. Infirmierie	\$4,222					\$1,000			\$5,222
B. Services Directs									
1. Disp prénatal	\$5,498			\$814					\$6,312
2. Disp pédiatrique	\$1,251			\$33					\$1,284
3. Service d'urgence	\$3,900			\$49					\$3,949
4. Disp de Médecine	\$1,251			\$49					\$1,300
5. Vaccinations	\$1,440	\$0							\$1,440
6. Soins oculaires	\$10,008	\$0		\$814					\$10,822
7. Salle de Maternité	\$1,251			\$195					\$1,446
8. Salle de Médecine	\$417			\$195					\$612
9. Salle pédiatrique	\$417			\$163					\$580
10. Salle d'Ophthamol.	\$2,725	\$1,200		\$195					\$4,120
11. Chirurgie	\$2,400			\$1,627					\$4,027
12. Laboratoire	\$4,800	\$5,400		\$651					\$10,851
13. Pharmacie	\$2,400								\$2,400
Totaux	\$72,658	\$75,682	\$434	\$10,172	\$13,786	\$1,000	\$0	\$500	\$174,232

Notes:

(1) Comprend les articles figurant au rapport sur les dépenses, ainsi que d'autres articles qui représentent des coûts annuels pour l'établissement, mais exclut les subsides et les dons.

(2) En 1989, 1 \$EU = 1 \$H. En 1990, 0,66 \$EU = 1 \$H.

Tableau C.3.2

HOPITAL MIREBALAIS: REPARTITION PAR PALIERS
(1re partie) Coûts OBP de 1989

Services	Frais Directs	Amortissem. & Annualisat.		Administration		Entretien	
		Clé de Répartition		Clé de Répartition		Clé de Répartition	
		Surface	Imputation	Frais Directs	Imputation	Surface	Imputation
Indirects							
Deprec. & Ann.	\$27,603	100.0%	\$27,603				
Administration	\$48,079	10.0%	\$2,760	100.0%	\$50,839		
Entretien	\$23,900	2.0%	\$552	7.0%	\$3,559	100.0%	\$28,011
Blanchissage	\$1,700	1.0%	\$276	0.5%	\$254		
Stocks/Fournitures	\$45,442	10.0%	\$2,760	11.0%	\$5,592	10.0%	\$2,801
Infirmierie	\$5,222	5.0%	\$1,380	6.0%	\$3,050	5.0%	\$1,401
Stérilisation	\$746	3.0%	\$828	0.5%	\$254	3.0%	\$840
Directs							
Disp prénatal	\$6,312	3.0%	\$828	5.0%	\$2,542	4.0%	\$1,120
Disp pédiatrique	\$1,284	3.0%	\$828	9.0%	\$4,576	6.0%	\$1,681
Svc d'urgence	\$3,949	3.0%	\$828	3.0%	\$1,525	4.0%	\$1,120
Disp de Médecine	\$1,300	3.0%	\$828	9.0%	\$4,576	6.0%	\$1,681
Vaccinations	\$1,440	3.0%	\$828	3.0%	\$1,525	4.0%	\$1,120
Soins oculaires	\$10,822	12.0%	\$3,312	9.0%	\$4,576	15.0%	\$4,202
Salle de Maternité	\$1,446	10.0%	\$2,760	6.0%	\$3,050	10.0%	\$2,801
Salle de Médecine	\$612	6.0%	\$1,656	6.0%	\$3,050	5.0%	\$1,401
Salle de Pédiatrie	\$580	4.0%	\$1,104	4.0%	\$2,034	4.0%	\$1,120
Salle d'ophtalmologie	\$4,120	4.0%	\$1,104	6.0%	\$3,050	5.0%	\$1,401
Chirurgie	\$4,027	6.0%	\$1,656	2.0%	\$1,017	9.0%	\$2,521
Laboratoire	\$10,851	4.0%	\$1,104	4.0%	\$2,034	10.0%	\$2,801
Pharmacie	\$2,400	8.0%	\$2,208	9.0%	\$4,576		
Totaux	\$201,835		\$55,203		\$101,679		\$56,022

Tableau C.3.3

HOPITAL MIREBALAIS: REPARTITION PAR PALIERS
(2e partie) Coûts OBP de 1989

Services	Blanchissage		Stocks & Fournitures		Infirmierie	
	Clé de Répartition		Clé de Répartition		Clé de Répartition	
	Surface	Imputation	Visites de Patients	Imputation	Visites de Patients	Imputation
Indirects						
Deprec. & Ann.						
Administration						
Entretien						
Blanchissage	100.0%	\$2,230				
Stocks/Fournitures			100.0%	\$56,595		
Infirmierie					100.0%	\$11,053
Stérilisation						
Directs						
Disp prénatal	1.0%	\$22	10.0%	\$5,660	8.0%	\$884
Disp pédiatrique	2.0%	\$45	2.0%	\$1,132	19.0%	\$2,100
Svc d'urgence	1.0%	\$22	1.0%	\$566	4.0%	\$442
Disp de Médecine	1.0%	\$22	4.0%	\$2,264	23.0%	\$2,542
Vaccinations					12.0%	\$1,326
Soins oculaires					4.0%	\$442
Salle de Maternité	27.0%	\$602	9.0%	\$5,094	5.0%	\$553
Salle de Médecine			10.0%	\$5,660	5.0%	\$553
Salle de Pédiatrie	24.0%	\$535	8.0%	\$4,528	3.0%	\$332
Salle d'ophtalmologie	32.0%	\$714	8.0%	\$4,528	5.0%	\$553
Chirurgie	12.0%	\$268	3.0%	\$1,698	2.0%	\$221
Laboratoire			5.0%	\$2,830		
Pharmacie			40.0%	\$22,638	10.0%	\$1,105
Totaux		\$4,460		\$113,190		\$22,106

Tableau C.3.4

HOPITAL MIREBALAIS: REPARTITION PAR PALIERS
(3e partie) Coûts OBP de 1989

Services	Stérilisation		Totaux
	Clé de Répartition		
	Surface	Imputation	
Indirects			
Deprec. & Ann.			
Administration			
Entretien			
Blanchissage			
Stocks/Fournitures			
Infirmierie			
Stérilisation	100.0%	\$2,668	
Directs			
Disp prénatal	10.0%	\$267	\$17,635
Disp pédiatrique	19.0%	\$507	\$12,153
Svc d'urgence	3.0%	\$80	\$8,532
Disp de Médecine	23.0%	\$614	\$13,827
Vaccinations	12.0%	\$320	\$6,559
Soins oculaires	4.0%	\$107	\$23,461
Salle de Maternité	5.0%	\$133	\$16,439
Salle de Médecine	5.0%	\$133	\$13,065
Salle de Pédiatrie	6.0%	\$160	\$10,393
Salle d'ophtalmologie	5.0%	\$133	\$15,603
Chirurgie	8.0%	\$213	\$11,621
Laboratoire			\$19,620
Pharmacie			\$32,927
Totaux		\$5,336	\$201,836

Tableau C.4.1

Hôpital Eye Care de Mirebalais: Répartition des Charges
par Service (1) 1990Article de Dépense (Par an)
(\$H 1989)

Services	Personnel	Fournitures	Commod.	Eqpmt.	Prestations	Formation	Déplcmts.	Evaluation	Total
A. Services Indirects									
1. Administration	\$23,660	\$2,400	\$600	\$4,899		\$800	\$1,800	\$2,750	\$36,909
2. Entretien	\$4,500			\$18,000					\$22,500
3. Blanchissage	\$1,715	\$200							\$1,915
4. Stocks/Fournitures	\$960	\$19,200							\$20,160
5. Stérilisation	\$58	\$200		\$488					\$746
6. Infirmierie	\$4,222					\$1,000			\$5,222
B. Services Directs									
1. Disp prénatal	\$5,762			\$814					\$6,576
2. Disp pédiatrique	\$5,762			\$33					\$5,795
3. Service d'urgence	\$617			\$49					\$666
4. Disp de Médecine	\$5,762			\$49					\$5,811
5. Vaccinations	\$960	\$254		\$100					\$1,314
6. Soins oculaires	\$7,409	\$5,640		\$814					\$13,863
7. Salle de Maternité	\$3,293			\$195					\$3,488
8. Salle de Médecine	\$3,293			\$195					\$3,488
9. Salle pédiatrique	\$3,293			\$163					\$3,456
10. Salle d'Ophthamol.	\$2,470	\$0		\$195					\$2,665
11. Chirurgie	\$1,852			\$1,627					\$3,480
12. Laboratoire	\$1,500	\$1,200		\$651					\$3,351
13. Pharmacie	\$3,000								\$3,000
Totaux	\$80,089	\$29,094	\$600	\$28,272	0\$	\$1,800	\$1,800	\$2,750	\$144,405

Notes:

(1) Comprend les articles figurant au rapport sur les dépenses, ainsi que d'autres articles qui représentent des coûts annuels pour l'établissement, mais exclut les subsides et les dons.

(2) En 1989, 1 \$EU = 1 \$H. En 1990, 0,66 \$EU = 1 \$H.

Tableau C.4.2

**HOPITAL MIREBALAIS: REPARTITION PAR PALIERS
(1re partie) Coûts OBP de 1990**

Services	Frais Directs	Amortissem. & Annualisat.		Administration		Entretien	
		Clé de Répartition		Clé de Répartition		Clé de Répartition	
		Surface	Imputation	Frais Directs	Imputation	Surface	Imputation
Indirects							
Deprec. & Ann.	\$6,650	100.0%	\$6,650				
Administration	\$36,909	10.0%	\$665	100.0%	\$37,574		
Entretien	\$22,500	2.0%	\$133	7.0%	\$2,630	100.0%	\$25,263
Blanchissage	\$1,915	1.0%	\$67	0.5%	\$188		
Stocks/Fournitures	\$20,160	10.0%	\$665	11.0%	\$4,133	10.0%	\$2,526
Infirmierie	\$5,222	5.0%	\$333	6.0%	\$2,254	5.0%	\$1,263
Stérilisation	\$746	3.0%	\$200	0.5%	\$188	3.0%	\$758
Directs							
Disp prénatal	\$6,576	3.0%	\$200	5.0%	\$1,879	4.0%	\$1,011
Disp pédiatrique	\$5,795	3.0%	\$200	9.0%	\$3,382	6.0%	\$1,516
Svc d'urgence	\$666	3.0%	\$200	3.0%	\$1,127	4.0%	\$1,011
Disp de Médecine	\$5,811	3.0%	\$200	9.0%	\$3,382	6.0%	\$1,516
Vaccinations	\$1,314	3.0%	\$200	3.0%	\$1,127	4.0%	\$1,011
Soins oculaires	\$13,863	12.0%	\$798	9.0%	\$3,382	15.0%	\$3,789
Salle de Maternité	\$3,488	10.0%	\$665	6.0%	\$2,254	10.0%	\$2,526
Salle de Médecine	\$3,488	6.0%	\$399	6.0%	\$2,254	5.0%	\$1,263
Salle de Pédiatrie	\$3,456	4.0%	\$266	4.0%	\$1,503	4.0%	\$1,011
Salle d'ophtalmologie	\$2,665	4.0%	\$266	6.0%	\$2,254	5.0%	\$1,263
Chirurgie	\$3,480	6.0%	\$399	2.0%	\$751	9.0%	\$2,274
Laboratoire	\$3,351	4.0%	\$266	4.0%	\$1,503	10.0%	\$2,526
Pharmacie	\$3,000	8.0%	\$532	9.0%	\$3,382		
Totaux	\$151,055		\$13,300		\$75,148		\$50,526

Tableau C.4.3

HOPITAL MIREBALAIS: REPARTITION PAR PALIERS
(2e partie) Coûts OBP de 1990

Services	Blanchissage		Stocks & Fournitures		Infirmierie	
	Clé de Répartition		Clé de Répartition		Clé de Répartition	
	Surface	Imputation	Visites de Patients	Imputation	Visites de Patients	Imputation
Indirects						
Deprec. & Ann.						
Administration						
Entretien						
Blanchissage	100.0%	\$2,170				
Stocks/Fournitures			100.0%	\$27,484		
Infirmierie					100.0%	\$9,072
Stérilisation						
Directs						
Disp prénatal	1.0%	\$22	10.0%	\$2,748	8.0%	\$726
Disp pédiatrique	2.0%	\$43	2.0%	\$550	19.0%	\$1,724
Svc d'urgence	1.0%	\$22	1.0%	\$275	4.0%	\$363
Disp de Médecine	1.0%	\$22	4.0%	\$1,099	23.0%	\$2,087
Vaccinations					12.0%	\$1,089
Soins oculaires					4.0%	\$363
Salle de Maternité	27.0%	\$586	9.0%	\$2,474	5.0%	\$454
Salle de Médecine			10.0%	\$2,748	5.0%	\$454
Salle de Pédiatrie	24.0%	\$521	8.0%	\$2,199	3.0%	\$272
Salle d'ophtalmologie	32.0%	\$694	8.0%	\$2,199	5.0%	\$454
Chirurgie	12.0%	\$260	3.0%	\$825	2.0%	\$181
Laboratoire			5.0%	\$1,374		
Pharmacie			40.0%	\$10,944	10.0%	\$907
Totaux		\$4,340		\$54,919		\$18,144

Tableau C.4.4

HOPITAL MIREBALAIS: REPARTITION PAR PALIERS
(3e partie) Coûts OBP de 1990

Services	Sterilisation		Totaux
	Clé de Répartition		
	Surface	Imputation	
Indirects			
Deprec. & Ann.			
Administration			
Entretien			
Blanchissage			
Stocks/Fournitures			
Infirmierie			
Stérilisation	100.0%	\$1,892	
Directs			
Disp prénatal	10.0%	\$189	\$13,351
Disp pédiatrique	19.0%	\$359	\$13,569
Svc d'urgence	3.0%	\$57	\$3,721
Disp de Médecine	23.0%	\$435	\$14,552
Vaccinations	12.05	\$227	\$4,968
Soins oculaires	4.0%	\$76	\$22,280
Salle de Maternité	5.0%	\$95	\$12,542
Salle de Médecine	5.0%	\$95	\$10,701
Salle de Pédiatrie	6.0%	\$114	49,342
Salle d'ophtalmologie	5.0%	\$95	\$9,890
Chirurgie	8.0%	\$151	\$8,321
Laboratoire			\$9,020
Pharmacie			\$18,815
Totaux		\$3,784	\$191,072

ANNEXE D: TABLEUR DE CALCUL DE RENTABILITE ET INSTRUCTIONS

DESCRIPTION DU TABLEUR DE CALCUL DE RENTABILITE

Le tableur décrit ci-après a été mis au point pour la direction de l'Hôpital de Mirebalais de Eye Care MARCH afin de lui permettre de fixer les prix des services et de déterminer la position de l'établissement par rapport à la rentabilité. Le tableur permet de mettre des scénarios à l'épreuve en modifiant les variables clé et les hypothèses qui influent sur la rentabilité du fonctionnement de l'hôpital. Il peut être facilement adapté aux besoins d'autres installations de santé demandant un prix pour leurs services et cherchant à obtenir l'autosuffisance financière.

Pour permettre à l'utilisateur de mieux comprendre et utiliser cet instrument de calcul, on donne ici des directives sur son emploi. On commence par décrire les éléments constitutifs du tableur, puis les hypothèses et la façon dont elles sont utilisées dans le modèle. Vient enfin un résumé des variables que l'utilisateur peut modifier, en fonction d'hypothèses et de situations différentes. Des exemples de résultats sont fournis dans l'annexe E.

ELEMENTS PRINCIPAUX DU TABLEUR

Ce tableur facile à utiliser, modelé sur Lotus 1-2-3 R, est divisé en deux sections principales: les recettes et les coûts. La section qui calcule les recettes mensuelles par service comporte des colonnes où l'on peut introduire les prix par service, ainsi que le volume par service et le taux de collecte de paiement par service. L'utilisateur introduit le volume de services en valeurs absolues dans une colonne de droite de la feuille de calcul qui apparaît sur le premier écran (colonne j). Le tableur calcule automatiquement le pourcentage du volume de services par service (colonne e sur le premier écran), de sorte que l'utilisateur peut voir la proportion de visites par service. Les recettes provenant des patients sont calculées par service, en fonction du produit de la multiplication des prix d'entrée par les quantités de patients (pourcentage des visites totales de patients), multiplié par les taux de collecte de paiement. [D'autres variables peuvent être également introduites dans le calcul final des recettes, comme par exemple les élasticités prix et revenu de la demande, qui sont décrites ci-dessous avec plus de précision.] D'autres types de recettes (dans le cas présent, le revenu subventionnel) peuvent être aussi introduites dans la rangée au-dessous des recettes patients. Le total des recettes mensuelles est calculé électroniquement et figure au bas de la table des recettes.

La section qui calcule les coûts mensuels (la seconde table) est divisée en charges fixes et charges variables. Les charges fixes par catégorie de coût sont calculées en fonction du produit des coûts unitaires d'entrée par les quantités d'unités, moins les subsides. Dans ce modèle, les charges fixes ne changent pas quand le volume de patients varie. Les charges variables sont calculées électroniquement en fonction du produit des coûts unitaires par patient par les quantités de patients, moins les subsides. Les coûts unitaires, les quantités, et le montant des subsides (en pourcentage) sont introduits par l'utilisateur dans trois colonnes séparées.

Vers le bas du tableur, sous la section coûts, le seuil de rentabilité (ou point mort) est indiqué dans une case. Les recettes et coûts calculés dans d'autres sections du tableur sont introduits dans le calcul final de rentabilité. Le seuil de rentabilité est calculé automatiquement en déduisant le total des recettes mensuelles du total des coûts mensuels afin de déterminer le montant de recettes dont l'hôpital a encore besoin pour être rentable. En fin de compte, tous les calculs exécutés par le tableur conduisent à des modifications du seuil de rentabilité, qui est mis en évidence dans une case. On trouve à la fin du tableur un ensemble d'hypothèses qui sont introduites dans les tables et les calculs. Ces hypothèses sont des variables susceptibles d'être modifiées en fonction de situations différentes; elles sont décrites ci-après.

HYPOTHESES/VARIABLES

Les hypothèses utilisées dans le modèle comprennent celles qui figurent au bas du tableur, telles que le taux de croissance démographique, le revenu par habitant, l'élasticité-revenu de la demande, l'élasticité-prix de la demande, le gaspillage de produits pharmaceutiques, le taux de change, le taux d'inflation, et l'année. Chaque hypothèse est automatiquement prise en compte dans le calcul des estimations finales de recettes et de coûts, à mesure que les utilisateurs changent leurs hypothèses, et par voie de conséquence ces variables.

Par exemple, le taux de croissance démographique présumé dans le présent document est de 2,2 pour 1 000. Dans l'année 2 (1991 pour notre exemple), la population d'origine augmente de 2,2 pour 1 000 et le nouveau nombre de visites de patients est calculé automatiquement. Le nouveau nombre de visites est fondé sur la valeur d'entrée du volume de patients par service pour l'année de référence, augmentée du nombre additionnel de patients susceptibles de demander des services, vu l'augmentation de la population de la circonscription hospitalière. Le volume total de patients influe donc sur la valeur finale des recettes clients en changeant le volume de patients dans la colonne K. Le total des visites de patients est également utilisé pour calculer les charges variables, produit des coûts unitaires par le nombre d'unités. Ainsi, les taux de croissance démographique influent sur le calcul du total des coûts.

Le PIB par habitant, de même que l'élasticité-revenu de la demande, ont été introduits dans le tableur parce qu'une variation du PIB par habitant peut modifier l'utilisation des services. Dans le tableur, on a utilisé un PIB de référence de \$350. Si cette variable est modifiée par l'utilisateur, le total des visites de patients par mois changera automatiquement en fonction de l'élasticité-revenu de la demande (variation relative de la demande par rapport à la variation du revenu, en pourcentage) introduite par l'utilisateur comme valeur d'entrée. La troisième colonne (1) à droite de la section des recettes (hors du premier écran) calcule ce changement automatiquement sur la base des valeurs d'origine du volume de patients, du PIB par habitant et de l'élasticité-revenu. Généralement, quand il s'agit de services de médecine curative, si le revenu augmente la demande de soins médicaux augmente également. Mais puisqu'on ne connaît pas la valeur véritable de l'élasticité-revenu de la demande de la population concernée, on a utilisé des estimations applicables à des pays africains de revenu faible (0,887).

L'élasticité-prix de la demande (variation relative de la demande par rapport à la variation du prix, en pourcentage) entre également dans les calculs du tableur. On a utilisé une élasticité de -0,2. Une variation de prix modifiera la demande, entraînant une modification du nombre total de visites de patients par mois, et donc du total des recettes. La quatrième colonne de droite (m) calcule automatiquement le volume de patients d'après les élasticité-prix et variations de prix d'entrée. On suppose dans ce tableur (faute de données indiquant le contraire pour la population en cause) que les changements de prix se répercutent également sur le volume des patients pour tous les services sans distinction. Sur la base de l'élasticité-prix, seul un certain changement de prix sera toléré avant que le prestataire de services commence à constater une baisse de ses recettes. Si les prix montent au-delà d'un certain point (qui dépend de l'élasticité-prix utilisée), on peut voir un déclin de la demande, annulant tous gains de recettes dûs aux augmentations de prix utilisées. Par exemple, une augmentation des prix des services d'ophtalmologie pour patients hospitalisés dépassant \$16 par visite change le volume de patients et fait baisser les recettes. D'une manière générale, une hausse des prix des soins curatifs tend à diminuer la demande de tels services. On a utilisé les élasticités-prix d'autres pays en raison de la non disponibilité de données concernant la population en cause.

Parmi les autres hypothèses utilisées dans le modèle figurent le niveau du gaspillage pharmaceutique et des taux de change (le tableur en tient compte dans ses calculs du coût total de produits pharmaceutiques selon des hypothèses variables de coûts et d'inflation (cette dernière étant prise en compte dans tous les calculs de coût). A l'intérieur des tables proprement dites, l'utilisateur peut modifier les taux de collecte de paiement (sur le tableau des recettes) et des niveaux de subsides (sur le tableau des coûts), comme on l'a indiqué précédemment.

RESUME DES VARIABLES SUSCEPTIBLES D'ETRE MODIFIEES

Par définition, toute hypothèse peut être modifiée. Ainsi, on peut faire varier les hypothèses décrites ci-dessus en fonction de la situation respective de l'hôpital et de la population de la circonscription. Par exemple, on introduira une diminution du revenu parce qu'elle aura un effet sur l'utilisation des services hospitaliers. Pour aider l'utilisateur, voici une liste des variables qui peuvent être modifiées:

- taux de croissance démographique (cellule b4)
- PIB par habitant (cellule b96)
- élasticité-revenu de la demande (cellule b98)
- élasticité-prix de la demande (cellule b100)
- gaspillage pharmaceutique (b104)
- taux de change (b110)
- taux d'inflation (b102)
- année courante (b92)
- pourcentage de paiements encaissés, par service (colonne f)
- prix des services (colonne d)
- coûts unitaires (colonne d)

- quantité d'unités (pour les estimations de charges *fixes*) (colonne e)
- pourcentage de subvention de coûts (colonne f)
- volume de patients (colonne j)

A noter que les éléments d'information ne figurant pas sur cette liste ne doivent pas être changés dans le tableur, car le mode de calcul en serait modifié.

On trouvera ci-joint les formules de chaque cellule de mémoire.

C1: MIREBALAIS HOSPITAL
 C2: BREAK-EVEN ANALYSIS
 C3: (Current \$Haitian)
 E5: [W14] Year
 F5: [W11] -892
 E6: [W14] \-
 F6: [W11] \-
 E7: [W14] Patient Visits
 G7: \-
 E8: [W14] Per Month:
 F8: (0) [W11] @IF(M35=0,J35,M35)
 G8: \-
 E9: [W14] \-
 F9: [W11] \-
 A10: MONTHLY REVENUES
 A11: \-
 F11: [W11] FEE
 J11: enter no.
 A12: SERVICES
 D12: [W11] PRICE
 E12: [W14] QUANTITY
 F12: [W11] COLLECTED
 G12: REVENUE
 J12: of visits
 K12: pop
 L12: Y
 A13: \-
 B13: \-
 C13: \-
 D13: [W11] \-
 E13: [W14] \-
 F13: [W11] \-
 G13: \-
 A14: Inpatient Ophthalmology
 D14: (C2) [W11] 5
 E14: (P1) [W14] +J14/\$J\$35
 F14: (P0) [W11] 0.9
 G14: (C0) @IF(M14=0,(J14*D14*F14),(M14*D14*F14))
 J14: 9
 K14: +J14*((1+\$B\$94)^(\$B\$92-1))
 L14: (.0) ((((\$B\$96-350)/350)*\$B\$98)+1)*K14
 A15: Inpatient Medicine
 D15: (C2) [W11] 5
 E15: (P1) [W14] +J15/\$J\$35
 F15: (P0) [W11] 0.9
 G15: (C0) @IF(M15=0,(J15*D15*F15),(M15*D15*F15))
 J15: 40
 K15: +J15*((1+\$B\$94)^(\$B\$92-1))
 L15: (.0) ((((\$B\$96-350)/350)*\$B\$98)+1)*K15
 A16: Inpatient Pediatric
 D16: (C2) [W11] 5
 E16: (P1) [W14] +J16/\$J\$35
 F16: (P0) [W11] 0.9
 G16: (C0) @IF(M16=0,(J16*D16*F16),(M16*D16*F16))
 J16: 17
 K16: +J16*((1+\$B\$94)^(\$B\$92-1))
 L16: (.0) ((((\$B\$96-350)/350)*\$B\$98)+1)*K16
 A17: Inpatient Maternity
 D17: (C2) [W11] 5
 E17: (P1) [W14] +J17/\$J\$35
 F17: (P0) [W11] 0.9
 G17: (C0) @IF(M17=0,(J17*D17*F17),(M17*D17*F17))
 J17: 9
 K17: +J17*((1+\$B\$94)^(\$B\$92-1))
 L17: (.0) ((((\$B\$96-350)/350)*\$B\$98)+1)*K17
 A18: C-section
 D18: (C2) [W11] 70
 E18: (P1) [W14] +J18/\$J\$35
 F18: (P0) [W11] 0.9
 G18: (C0) @IF(M18=0,(J18*D18*F18),(M18*D18*F18))
 J18: 5

K18: +J18*((1+\$B\$94)^(\$B\$92-1))
 L18: (.0) ((((\$B\$96-350)/350)*\$B\$98)+1)*K18
 A19: Outpatient (new adult)
 D19: (C2) [W11] 1
 E19: (P1) [W14] +J19/\$J\$35
 F19: (P0) [W11] 0.9
 G19: (C0) @IF(M19=0,(J19*D19*F19),(M19*D19*F19))
 J19: 375
 K19: +J19*((1+\$B\$94)^(\$B\$92-1))
 L19: (.0) ((((\$B\$96-350)/350)*\$B\$98)+1)*K19
 A20: Outpatient (new prenatal)
 D20: (C2) [W11] 1
 E20: (P1) [W14] +J20/\$J\$35
 F20: (P0) [W11] 0.9
 G20: (C0) @IF(M20=0,(J20*D20*F20),(M20*D20*F20))
 J20: 122
 K20: +J20*((1+\$B\$94)^(\$B\$92-1))
 L20: (.0) ((((\$B\$96-350)/350)*\$B\$98)+1)*K20
 A21: Outpatient (new pedi)
 D21: (C2) [W11] 1
 E21: (P1) [W14] +J21/\$J\$35
 F21: (P0) [W11] 0.9
 G21: (C0) @IF(M21=0,(J21*D21*F21),(M21*D21*F21))
 J21: 297
 K21: +J21*((1+\$B\$94)^(\$B\$92-1))
 L21: (.0) ((((\$B\$96-350)/350)*\$B\$98)+1)*K21
 A22: Outpatient (rev. adult)
 D22: (C2) [W11] 0.6
 E22: (P1) [W14] +J22/\$J\$35
 F22: (P0) [W11] 0.9
 G22: (C0) @IF(M22=0,(J22*D22*F22),(M22*D22*F22))
 J22: 260
 K22: +J22*((1+\$B\$94)^(\$B\$92-1))
 L22: (.0) ((((\$B\$96-350)/350)*\$B\$98)+1)*K22
 A23: Outpatient (rev. prenatal)
 D23: (C2) [W11] 0.6
 E23: (P1) [W14] +J23/\$J\$35
 F23: (P0) [W11] 0.9
 G23: (C0) @IF(M23=0,(J23*D23*F23),(M23*D23*F23))
 J23: 82
 K23: +J23*((1+\$B\$94)^(\$B\$92-1))
 L23: (.0) ((((\$B\$96-350)/350)*\$B\$98)+1)*K23
 A24: Outpatient (rev. pedi)
 D24: (C2) [W11] 0.6
 E24: (P1) [W14] +J24/\$J\$35
 F24: (P0) [W11] 0.9
 G24: (C0) @IF(M24=0,(J24*D24*F24),(M24*D24*F24))
 J24: 160
 K24: +J24*((1+\$B\$94)^(\$B\$92-1))
 L24: (.0) ((((\$B\$96-350)/350)*\$B\$98)+1)*K24
 A25: Outpatient (ophtnlmo)
 D25: (C2) [W11] 1
 E25: (P1) [W14] +J25/\$J\$35
 F25: (P0) [W11] 0.9
 G25: (C0) @IF(M25=0,(J25*D25*F25),(M25*D25*F25))
 J25: 500
 K25: +J25*((1+\$B\$94)^(\$B\$92-1))
 L25: (.0) ((((\$B\$96-350)/350)*\$B\$98)+1)*K25
 A26: Surgery
 D26: (C2) [W11] 70
 E26: (P1) [W14] +J26/\$J\$35
 F26: (P0) [W11] 0.9
 G26: (C0) @IF(M26=0,(J26*D26*F26),(M26*D26*F26))
 J26: 8
 K26: +J26*((1+\$B\$94)^(\$B\$92-1))
 L26: (.0) ((((\$B\$96-350)/350)*\$B\$98)+1)*K26
 A27: Surgery (opntnlmo)
 D27: (C0) [W11] 200
 E27: (P1) [W14] +J27/\$J\$35
 F27: (P0) [W11] 0.9
 G27: (C0) @IF(M27=0,(J27*D27*F27),(M27*D27*F27))
 J27: 2

```

K27: -J27*((1+$B$94)^($B$92-1))
L27: (.0) (((($B$96-350)/350)*$B$98)+1)*K27
J28: Emergency
J28: (C2) [W11] 2
E28: (P1) [W14] +J28/$J$35
F28: (P0) [W11] 0.9
G28: (C0) @IF(M28=0.(J28*028*F28).(M28*028*F28))
J28: 95
K28: -J28*((1+$B$94)^($B$92-1))
L28: (.0) (((($B$96-350)/350)*$B$98)+1)*K28
J29: Injections
J29: (C2) [W11] 2
E29: (P1) [W14] +J29/$J$35
F29: (P0) [W11] 0.9
G29: (C0) @IF(M29=0.(J29*029*F29).(M29*029*F29))
J29: 547
K29: -J29*((1+$B$94)^($B$92-1))
L29: (.0) (((($B$96-350)/350)*$B$98)+1)*K29
A30: Laboratory
J30: (C2) [W11] 0.8
E30: (P1) [W14] +J30/$J$35
F30: (P0) [W11] 0.9
G30: (C0) @IF(M30=0.(J30*030*F30).(M30*030*F30))
J30: 303
K30: -J30*((1+$B$94)^($B$92-1))
L30: (.0) (((($B$96-350)/350)*$B$98)+1)*K30
A31: Pharmacy Outpatient
J31: (C2) [W11] 1.5
E31: (P1) [W14] +J31/$J$35
F31: (P0) [W11] 0.9
G31: (C0) @IF(M31=0.(J31*031*F31).(M31*031*F31))
J31: 900
K31: -J31*((1+$B$94)^($B$92-1))
L31: (.0) (((($B$96-350)/350)*$B$98)+1)*K31
A32: Pharmacy Emergency
J32: (C2) [W11] 6
E32: (P1) [W14] +J32/$J$35
F32: (P0) [W11] 0.9
G32: (C0) @IF(M32=0.(J32*032*F32).(M32*032*F32))
J32: 70
K32: -J32*((1+$B$94)^($B$92-1))
L32: (.0) (((($B$96-350)/350)*$B$98)+1)*K32
A33: Vaccinations
J33: (C2) [W11] 0
E33: (P1) [W14] +J33/$J$35
F33: (P0) [W11] 0.9
G33: (C0) @IF(M33=0.(J33*033*F33).(M33*033*F33))
J33: 927
K33: -J33*((1+$B$94)^($B$92-1))
L33: (.0) (((($B$96-350)/350)*$B$98)+1)*K33
G34: \-
A35: SUBTOTAL-PATIENT REVENUES
G35: (C0) @SUM(G14..G33)
H35: (P0) (G35/G39)
J35: @SUM(J14..J29)
K35: @SUM(K14..K29)
L35: @SUM(L14..L29)
A37: Estimated Grant Income
G37: (C0) 6500
H37: (P0) (G37/G39)
A38: \-
G38: \-
C38: \-
J38: [W11] \-
E38: [W14] \-
F38: [W11] \-
G38: (C0) \-
A39: TOTAL REVENUES PER MONTH
G39: (C0) +G35+G37
H39: (P0) +H35+H37
J40: -----

```

```

A42: (a) Quantity is percentage of monthly patient visit
A43: Patients may receive more than one service.
A48: MONTHLY COSTS
D48: [W11] UNIT COST
E48: [W14] QUANTITY
F48: [W11] SUBSIDY
G48: TOTAL
A49: \-
B49: \-
C49: \-
D49: [W11] \-
E49: [W14] \-
F49: [W11] \-
G49: \-
A50: FIXED RECURRENT
A51: Salaries
A52: Hospital Manager
D52: (C0) [W11] 1400
E52: [W14] 1
F52: (P0) [W11] 0
G52: (C0) ((D52*E52)-(D52*E52*F52))*(1+$B$102)
A53: Accountant
D53: (C0) [W11] 300
E53: [W14] 1
F53: (P0) [W11] 0
G53: (C0) ((D53*E53)-(D53*E53*F53))*(1+$B$102)
A54: Physicians
D54: (C0) [W11] 1200
E54: [W14] 4
F54: (P0) [W11] 0.4
G54: (C0) ((D54*E54)-(D54*E54*F54))*(1+$B$102)
A55: Nurses
D55: (C0) [W11] 400
E55: [W14] 4
F55: (P0) [W11] 0.6
G55: (C0) ((D55*E55)-(D55*E55*F55))*(1+$B$102)
A56: Lab technician
D56: (C0) [W11] 250
E56: [W14] 1
F56: (P0) [W11] 0.5
G56: (C0) ((D56*E56)-(D56*E56*F56))*(1+$B$102)
A57: Pharmacist
D57: (C0) [W11] 250
E57: [W14] 1
F57: (P0) [W11] 0
G57: (C0) ((D57*E57)-(D57*E57*F57))*(1+$B$102)
A58: Cashier
D58: (C0) [W11] 250
E58: [W14] 1
F58: (P0) [W11] 0.5
G58: (C0) ((D58*E58)-(D58*E58*F58))*(1+$B$102)
A59: Secretary
D59: (C0) [W11] 325
E59: [W14] 1
F59: (P0) [W11] 0
G59: (C0) ((D59*E59)-(D59*E59*F59))*(1+$B$102)
A60: Auxiliary staff
D60: (C0) [W11] 250
E60: [W14] 2
F60: (P0) [W11] 0.55
G60: (C0) ((D60*E60)-(D60*E60*F60))*(1+$B$102)
A61: Driver
D61: (C0) [W11] 250
E61: [W14] 1
F61: (P0) [W11] 0
G61: (C0) ((D61*E61)-(D61*E61*F61))*(1+$B$102)
A62: Insurance
D62: (C0) [W11] (@SUM(D52..D61))*0.06
E62: [W14] 1
F62: (P0) [W11] 0
G62: (C0) ((D62*E62)-(D62*E62*F62))*(1+$B$102)
A63: Bonuses

```

D63: (CO) [W11] (@SUM(D53..D62))/12
 E63: [W14] 1
 F63: (PO) [W11] 0
 G63: (CO) ((D63*E63)-(D63*E63*F63))*(1+\$B\$102)
 A64: Depreciation
 D64: (CO) [W11] 554
 E64: [W14] 1
 F64: (PO) [W11] 0
 G64: (CO) ((D64*E64)-(D64*E64*F64))*(1+\$B\$102)
 A65: Vehicle
 D65: (CO) [W11] 1500
 E65: [W14] 1
 F65: (PO) [W11] 0
 G65: (CO) ((D65*E65)-(D65*E65*F65))*(1+\$B\$102)
 A66: Furniture
 D66: (CO) [W11] 0
 E66: [W14] 1
 F66: (PO) [W11] 0
 G66: (CO) ((D66*E66)-(D66*E66*F66))*(1+\$B\$102)
 A67: Per diem
 D67: (CO) [W11] 150
 E67: [W14] 2
 F67: (PO) [W11] 0
 G67: (CO) ((D67*E67)-(D67*E67*F67))*(1+\$B\$102)
 A68: Office supplies
 D68: (CO) [W11] 200
 E68: [W14] 1
 F68: (PO) [W11] 0
 G68: (CO) ((D68*E68)-(D68*E68*F68))*(1+\$B\$102)
 A69: Utilities
 D69: (CO) [W11] 250
 E69: [W14] 1
 F69: (PO) [W11] 0.8
 G69: (CO) ((D69*E69)-(D69*E69*F69))*(1+\$B\$102)
 A70: Administration
 D70: (CO) [W11] 400
 E70: [W14] 1
 F70: (PO) [W11] 0
 G70: (CO) ((D70*E70)-(D70*E70*F70))*(1+\$B\$102)
 A71: Eye Care MARCH
 D71: (CO) [W11] 22029
 E71: [W14] 1
 F71: (PO) [W11] 1
 G71: (CO) ((D71*E71)-(D71*E71*F71))*(1+\$B\$102)
 G72: \-
 B73: Subtotal Fixed Recurrent
 G73: (CO) @SUM(G52..G70)
 A75: VARIABLE RECURRENT
 I75: enter costs
 A76: Medical supplies
 D76: (CO) [W11] 0
 E76: (FO) [W14] +F8
 F76: (PO) [W11] 0.25
 G76: (CO) (D76*E76*(1-F76))*(1+\$B\$102) --
 A77: Pharmaceuticals
 D77: (C2) [W11] +I77/((@SUM(J14..J18))+J32+J31)
 E77: (FO) [W14] +F8*\$B\$106
 F77: (PO) [W11] 0.25
 G77: (CO) (((D77*E77*(1-F77))+(\$B\$104*D77*E77*(1-F77)))*\$B\$108)*(1+\$B\$102)
 I77: 800
 A78: Lab supplies
 D78: (C2) [W11] +E78/I78
 E78: (FO) [W14] +J30
 F78: (PO) [W11] 0
 G78: (CO) ((D78*E78*(1-F78))*\$B\$108)*(1+\$B\$102)
 I78: 100
 G79: \-
 B80: Subtotal Variable Recurrent
 G80: (CO) @SUM(G76..G78)
 A81: \-
 B81: \-
 C81: \-

D81: [W11] \-
 E81: [W14] \-
 F81: [W11] \-
 G81: \-
 A82: TOTAL COSTS PER MONTH
 G82: (CO) +G73+G80
 G83: -----
 A85: ----
 B85: \-
 C85: \-
 D85: [W11] \-
 E85: [W14] \-
 F85: [W11] \-
 A86: ----
 B86: \-
 C86: \-
 D86: [W11] \-
 E86: [W14] \-
 F86: [W11] \-
 A87: BREAK-EVEN:
 E87: (CO) [W14] +G39-G82
 G87: |
 A88: |
 G88: |
 A89: |
 E89: [W14] Surplus/(Deficit)
 G89: |
 A90: \-
 B90: \-
 C90: \-
 D90: [W11] \-
 E90: [W14] \-
 F90: [W11] \-
 G90: \-
 A91: ASSUMPTIONS:
 B92: |
 C92: | Year Number (Year 1 = 1990)
 I93: | (do not change this column)
 B94: | 0.022
 C94: | Population Growth Rate
 I94: | 110000
 J94: | Population - Year 1
 I95: | +I94*((1+B94)^(F5-1))
 J95: | Population - Current Year
 B96: | 350
 C96: | GDP Per Capita (\$350 = base)
 I96: | (F0) +J35
 J96: | No. Patient Visits - Base
 B98: | 0.887
 C98: | Income Elasticity of Demand
 I98: | (F4) +I96/I95
 J98: | Probability of Seeking Curative Care - Base
 B100: | -0.2
 C100: | Price Elasticity of Demand
 B102: | (PO) 0
 C102: | Inflation Rate
 E102: | [W14] (0% in base year 1)
 B104: | 0.1
 C104: | Pharmaceutical Wastage
 B106: | 0.5
 C106: | Avg. No. Prescriptions Per Patient
 B108: | 1.51
 C108: | \$ Haitian = 1 \$ US
 B110: | 0.66
 C110: | \$ US = 1.0 \$ Haitian
 B112: | (PC) 0
 C112: | Price Increase

ANNEXE E: RESULTATS DE LA MISE A L'EPREUVE DES SCENARIOS ET ANALYSE DE SENSIBILITE

HOPITAL DE MIREBALAIS ANALYSE DE RENTABILITE (en dollars haïtiens courants)

Année 1
Visites de Patients
par Mois 2,528

RECETTES MENSUELLES

SERVICES	PRIX	QUANTITE	ENCAISSEMENT	RECETTES
Hospitalisation, Ophtalmologie	\$5.00	0.4%	90%	\$41
Hospitalisation, Médecine	\$5.00	1.6%	90%	\$180
Hospitalisation, Pédiatrie	\$5.00	0.7%	90%	\$77
Hospitalisation, Maternité Césariennes	\$70.00	0.2%	90%	\$315
Consultation (nv adlt)	\$1.00	14.8%	90%	\$338
Consultaion (nv prén)	\$1.00	4.8%	90%	\$110
Consultation (nv péd)	\$1.00	11.7%	90%	\$267
Consultation (rt adlt)	\$0.60	10.3%	90%	\$140
Consultation (rt prén)	\$0.60	3.2%	90%	\$44
Consultation (rt péd)	\$0.60	6.3%	90%	\$86
Consultation (ophtalmo)	\$1.00	19.8%	90%	\$450
Chirurgie	\$70.00	0.3%	90%	\$504
Urgence	\$2.00	3.8%	90%	\$171
Injections	\$2.00	21.6%	90%	\$985
Laboratoire	\$0.80	12.0%	90%	\$218
Pharmacie, Malades externes	\$1.50	35.6%	90%	\$1,215
Pharmacie, Urgence	\$6.00	2.8%	90%	\$378
Vaccinations	\$0.00	36.7%	90%	\$0
TOTAL - RECETTES PROVENANT DES PATIENTS				<u>\$5,919</u>
Revenu subventionnel estimé				\$6,500
TOTAL DES RECETTES MENSUELLES				<u>\$12,419</u>

(a) La quantité est le pourcentage de visites mensuelles de patients. Les patients reçoivent éventuellement plus d'un service.

HOPITAL DE MIREBALAIS
ANALYSE DE RENTABILITE
(en dollars haïtiens courants)

COUTS MENSUELS	COUT UNITAIRE	QUANTITE	SUBVENTION	TOTAL
CHARGES RENOUVELABLES FIXES				
Salaires				
Directeur de l'hôpital	\$1,400	1	0%	\$1,400
Comptable	\$300	1	0%	\$300
Médecins	\$1,200	4	40%	\$2,880
Personnel infirmier	\$400	4	60%	\$640
Laborantin	\$250	1	50%	\$125
Pharmacien	\$250	1	0%	\$250
Comptable	\$250	1	50%	\$125
Secrétaire	\$325	1	0%	\$325
Personnel auxiliaire	\$250	2	55%	\$225
Chauffeur	\$250	1	0%	\$250
Assurances	\$293	1	0%	\$293
Primes	\$314	1	0%	\$314
Amortissement	\$554	1	0%	\$554
Voitures	\$1,500	1	0%	\$1,500
Mobilier	\$0	1	0%	\$0
Indemnités journalières	\$150	2	0%	\$300
Fournitures de bureau	\$200	1	0%	\$200
Commodités (eau, gaz, etc.)	\$250	1	80%	\$50
Administration	\$400	1	0%	\$400
Eye Care MARCH	\$22,029	1	100%	\$0
Total, Charges renouvelables fixes				\$10,130
CHARGES RENOUVELABLES VARIABLES				
Fournitures médicales	\$0	2528	25%	\$0
Produits pharmaceutiques	\$0.76	1264	25%	\$1,200
Fournitures de laboratoire	\$3.03	303	0%	\$1,386
Total, Charges renouvelables variables				\$2,586
TOTAL DES COUTS MENSUELS				\$12,716
<hr/>				
RENTABILITE: (\$298)				
Excédent/(Déficit)				

HOPITAL DE MIREBALAIS
ANALYSE DE RENTABILITE
(en dollars haïtiens courants)

Année 1
Visites de Patients
par Mois 2,528

RECETTES MENSUELLES

SERVICES	PRIX	QUANTITE	ENCAISSEMENT	RECETTES
Hospitalisation, Ophtalmologie	\$5.00	0.4%	100%	\$45
Hospitalisation, Médecine	\$5.00	1.6%	100%	\$200
Hospitalisation, Pédiatrie	\$5.00	0.7%	100%	\$85
Hospitalisation, Maternité Césariennes	\$5.00	0.4%	100%	\$45
Césariennes	\$70.00	0.2%	100%	\$350
Consultation (nv adlt)	\$1.00	14.8%	100%	\$375
Consultaion (nv prén)	\$1.00	4.8%	100%	\$122
Consultation (nv péd)	\$1.00	11.7%	100%	\$297
Consultation (rt adlt)	\$0.60	10.3%	100%	\$156
Consultation (rt prén)	\$0.60	3.2%	100%	\$49
Consultation (rt péd)	\$0.60	6.3%	100%	\$96
Consultation (ophtalmo)	\$1.00	19.8%	100%	\$500
Chirurgie	\$70.00	0.3%	100%	\$560
Urgence	\$2.00	3.8%	100%	\$190
Injections	\$2.00	21.6%	100%	\$1,094
Laboratoire	\$0.80	12.0%	100%	\$242
Pharmacie, Malades externes	\$1.50	35.6%	100%	\$1,350
Pharmacie, Urgence	\$6.00	2.8%	100%	\$420
Vaccinations	\$0.00	36.7%	100%	\$0
TOTAL - RECETTES PROVENANT DES PATIENTS				\$6,577
Revenu subventionnel estimé				\$0

TOTAL DES RECETTES MENSUELLES

\$6,577

(a) La quantité est le pourcentage de visites mensuelles de patients. Les patients reçoivent éventuellement plus d'un service.

HOPITAL DE MIREBALAIS
ANALYSE DE RENTABILITE
(en dollars haïtiens courants)

COUTS MENSUELS	COUT UNITAIRE	QUANTITE	SUBVENTION	TOTAL
CHARGES RENOUVELABLES FIXES				
Salaires				
Directeur de l'hôpital	\$1,400	1	0%	\$1,400
Comptable	\$300	1	0%	\$300
Médecins	\$1,200	4	40%	\$2,880
Personnel infirmier	\$400	4	60%	\$640
Laborantin	\$250	1	50%	\$125
Pharmacien	\$250	1	0%	\$250
Comptable	\$250	1	50%	\$125
Secrétaire	\$325	1	0%	\$325
Personnel auxiliaire	\$250	2	55%	\$225
Chauffeur	\$250	1	0%	\$250
Assurances	\$293	1	0%	\$293
Primes	\$314	1	0%	\$314
Amortissement	\$554	1	0%	\$554
Voitures	\$1,500	1	0%	\$1,500
Mobilier	\$0	1	0%	\$0
Indemnités journalières	\$150	2	0%	\$300
Fournitures de bureau	\$200	1	0%	\$200
Commodités (eau, gaz, etc.)	\$250	1	80%	\$50
Administration	\$400	1	0%	\$400
Eye Care MARCH	\$22,029	1	100%	\$0
Total, Charges renouvelables fixes				\$10,130
CHARGES RENOUVELABLES VARIABLES				
Fournitures médicales	\$0	2528	25%	\$0
Produits pharmaceutiques	\$0.76	1264	25%	\$1,200
Fournitures de laboratoire	\$3.03	303	0%	\$1,386
Total, Charges renouvelables variables				\$2,586
TOTAL DES COUTS MENSUELS				<u>\$12,716</u>
<hr/>				
RENTABILITE: (\$6,140)				
Excédent/(Déficit)				

Effets des Changements des Variables sur le Seuil de Rentabilité

Année	Δ Prix	Taux de Collecte	Subvent.	Δ Subside des Coûts	Coût par Ordon.	# Ordon. par Patient	Taux de Crois. Démog.	PIB par Habitant	Elast. Revenue	Elast. Prix	Δ Volume de Patients	Taux d'Inflat.	Gaspi. Pharm.	Taux de Change	Seuil de Rentabil.
1	+ 50%	50%	0	0	.76	.5	2.2	350	.887	-.2	0	0	.1	1.51	- \$8,461
1	\$4.5/ Ordon.	50%	"	"	.16	2	"	"	"	"	"	"	"	"	- \$8,696
1	+ 25%	100%	"	"	.76	.5	"	"	"	"	"	"	"	"	- \$5,168
2	+ 25%	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	- \$5,029
2	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	+ 100%	"	"	"	- \$1,620
2	+ 25% & \$3/ Ordon.	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	- \$488
3	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	- \$191
4	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	+ \$174
1	+ 50%	"	"	"	"	"	"	"	"	"	0	"	"	"	- \$4,324
1	0	50%	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	- \$9,428
1	"	100%	"	-50%	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	- \$8,150
1	"	"	"	-100%	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	- \$10,145
1	"	"	"	0	.16	"	"	"	"	"	"	"	"	"	-\$5,192
1	"	"	"	"	.76	"	"	"	"	"	+ 50%	"	"	"	- \$4,533
1	0	"	\$6,500	"	"	"	"	"	"	"	0	"	"	"	+ \$360
2	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	+ \$478
3	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	+ \$599
1	"	"	0	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	- \$6,140
2	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	- \$6,022

Effets des Changements des Variables sur le Seuil de Rentabilité, (Suite)

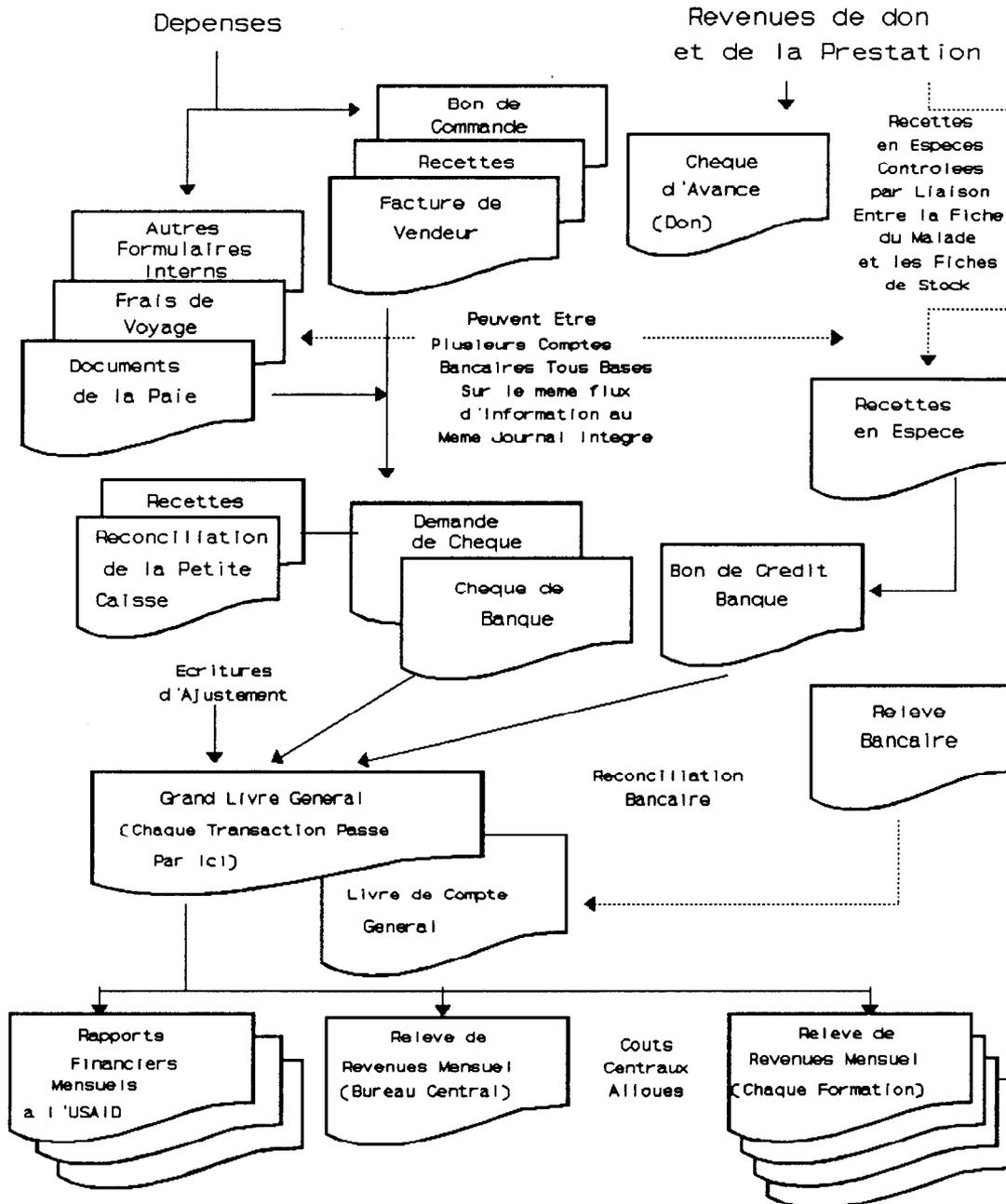
Année	Δ Prix	Taux de Collecte	Subvent.	Δ Subside des Coûts	Coût par Ordon.	# Ordon. par Patient	Taux de Crois. Démog.	PIB par Habitant	Elast. Revenue	Elast. Prix	Δ Volume de Patients	Taux d'Inflat.	Gaspi. Pharm.	Taux de Change	Seuil de Rentabil.
2	0	100%	0	0	.76	.5	2.2	350	887	-2	0	20%	.1	1.51	-\$8,570
2	"	"	"	"	"	"	"	250	"	"	"	0	"	"	-\$7,404
2	"	"	"	"	"	"	"	250	"	"	"	20%	"	"	-\$9,901
1	+100%	"	"	"	"	"	"	350	"	"	"	0	"	"	-\$2,993
2	+100%	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	-\$2,806
1	+25%	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	-\$5,168
2	+25%	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	-\$5,029
2	+25%	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	20%	"	"	-\$7,565
2	+25%	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	10%	"	"	-\$6,297
2	+30%	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	20%	"	"	-\$7,383
2	+50%	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	20%	"	"	-\$6,690
1	+50%	"	"	"	"	"	"	"	"	-0.05	"	"	"	"	-\$8,278
1	+25%	"	"	"	"	"	"	"	"	-6	"	"	"	"	-\$5,656
1	+25%	"	"	"	"	"	"	"	"	-0.05	"	"	"	"	-\$4,968
1	0	"	"	"	2	"	"	"	"	-2	"	"	"	"	-\$8,089
1	"	"	"	"	2	1	"	"	"	"	"	"	"	"	-\$11,239
1	"	"	"	"	2	2	"	"	"	"	"	"	"	"	-\$17,537
1	"	"	"	"	.76	.5	"	"	"	"	"	"	.5	"	-\$6,576
1	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	1.75	-\$6,551
1	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	1.2	-\$5,609
1	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	+100% (inpatient)	"	.1	1.5	-\$5,713

Effets des Changements des Variables sur le Seuil de Rentabilité, (Suite)

Année	Δ Prix	Taux de Collecte	Subvent.	Δ Subside des Coûts	Coût par Ordon.	# Ordon. par Patient	Taux de Crois. Démog.	PIB par Habitant	Elast. Revenue	Elast. Prix	Δ Volume de Patients	Taux d'Inflat.	Gaspi. Pharm.	Taux de Change	Seuil de Rentabil.
1	0	100%	0	0	.76	.5	2.2	350	.887	-.2	+50% (outpatient)	0	.1	1.5	-\$5,552
1	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	.8%	"	"	-\$7,157
1	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	0	0	"	-\$6,031
2	"	"	"	"	"	"	3	"	"	"	"	"	"	"	-\$5,979
2	"	"	"	"	"	"	1	"	"	"	"	"	"	"	-\$6,086
1	"	"	"	"	"	"	2.2	250	.5	"	"	"	"	"	-\$6,908
1	"	"	"	"	"	"	2.2	250	1	"	"	"	"	"	-\$7,676
1	"	"	"	"	"	"	"	450	.887	"	"	"	"	"	-\$4,774
1	"	"	"	"	"	"	"	450	.5	"	"	"	"	"	-\$5,372
1	"	"	"	"	"	"	"	450	1	"	"	"	"	"	-\$4,604
1	+100%	"	"	"	"	"	"	350	.887	-.6	"	"	"	"	-\$6,394
1	+100%	"	"	"	"	"	"	"	"	-.05	"	"	"	"	-\$1,718
1	+50%	"	"	"	"	"	"	"	"	-.6	"	"	"	"	-\$8,949

ANNEXE F: LIVRE DE COMPTES DE CITY*MED

**Systeme Comptable de CityMed
Flux des Documents Financiers**



SCHEMA DES TROIS CATEGORIES PRINCIPALES DE PIECES JUSTIFICATIVES ET DU FLUX D'INFORMATION

1.

Les pièces justificatives comprennent toute l'information de base et originaire à l'appui de chaque transaction individuelle introduite dans le système de comptabilité.

Sont des pièces justificatives les livres des encaissements, les bordereaux de dépôt, les demandes de chèque, les chèques, les cotations pro forma, les bons de commande, les factures de fournisseurs, les reçus, les bordereaux de paye, les bordereaux de frais de déplacement, les rapprochements de petite caisse, les relevés bancaires, et autres pièces d'origine interne ou externe à l'appui des décaissements et encaissements et des écritures spéciales d'ajustement.



2.

Le livre-journal capte le flux d'information concernant chaque transaction en une seule ligne qui comprend toutes les écritures au débit et au crédit relatives à cette transaction, introduites dans une rangée de colonnes. Les débits et les crédits d'une même rangée s'annuleront, vérifiant l'exactitude de chaque écriture. Les colonnes seront totalisées sur une base mensuelle pour procurer une balance de vérification et d'autres données nécessaires à l'établissement des rapports mensuels relatifs au projet.

Sont incluses dans le livre-journal des informations telles que les soldes courants des comptes en banque, le solde de petite caisse, la valeur des stocks du moment, la valeur des équipements et du mobilier, les obligations échues à ce jour ainsi que les dépenses mensuelles pour chaque catégorie de dépense et les recettes mensuelles pour chaque catégorie de recette, d'après les codes assignés à chaque service. Cette information sera rassemblée pour chaque installation de City*Med et pour le bureau central. Les frais du bureau central seront répartis sur les installations à la fin de chaque mois.

Bien que le livre-journal ait été mis au point sous forme manuelle, il doit être également tenu sur fichier Lotus afin de faciliter le triage et l'adjonction des données relatives à chaque service comptable de City*Med.

Les soldes mensuels des comptes du livre-journal sont reportés sur le Grand livre général.



3.

L'information rassemblée et résumée dans le livre-journal est utilisée, avec l'information budgétaire, pour l'élaboration des rapports mensuels requis, parmi lesquels des rapports à l'USAID et des comptes de résultat mensuels pour chacun des services de City*Med. Les frais (indirects) mensuels du bureau central de

City*Med sont calculés et ensuite répartis sur chacune des activités de City*Med en fonction de leurs frais directs. Ces rapports permettront d'évaluer la progression vers la rentabilité, ainsi que d'autres indicateurs du rendement.

L'information rassemblée et résumée tant dans le livre-journal que dans le Grand livre général procurera également les données comptables nécessaires à la préparation des états financiers annuels normaux (c.-à-d. le bilan et le compte de résultat) présentés selon les normes de comptabilité applicables aux organismes à but non lucratif.

ANNEXE G: PLANS COMPTABLES

PLAN COMPTABLE DE CITY * MED.

<u>INTITULE</u>	<u>CODE</u>
Encaisse au Centre	101
Encaisse à l'Etablissement	102
Petite caisse	109
Compte bancaire #1 (local)	111
Compte bancaire #2 (local)	111-1
Compte bancaire #3 (E.U.)	112
Stocks	200
Produits pharmaceutiques	2001
Fournitures médicales	2002
Terrains	330
Terrain de l'hôpital	
Terrain d'installation #1	331
Bâtiment	340
Bâtiment d'installation #1	341
Equipement	350
Equipement des salles d'examen	351
Equipement de laboratoire	352
Equipement de radiographie	353
Génératrice	351-1
Génératrice	
Equipement de Réhab./Gymnastique	352-1
Equipement d'informatique	
Voitures	354
Mobilier	360
Mobilier de bureau - Centre	361
Mobilier de bureau - Installation #1	362
Mobilier de dispensaire - Installation #1	363
Mobilier de dispensaire - Installation #2	364
Mobilier de dispensaire - Installation #2	364-1
Amortissement cumulé	390
Amrt. cum. Bâtiment - Installation #1	391
Amrt. cum. Bâtiment - Installation #2	391-1
Amrt. cum. Equipement - Installation #1	392
Amrt. cum. Mobilier - Centre	393
Amrt. cum. Mobilier - Installation #1	393-1
Assujettissement à l'impôt	400

PLAN COMPTABLE - HOPITAL DE MIREBALAIS

<u>Comptes</u>	<u>Code</u>
10 Caisse	
Caisse	101
Petite caisse	109
11 Banque	112
13 Comptes clients	113
20 Stocks	200
Produits pharmaceutiques	200-1
Fournitures médicales	200-2
35 Equipement	350
Equipement des salles d'examen	351
Génératrice	351-1
Equipement de laboratoire	352
Radiographie	353
Voitures	354
36 Mobilier	360
Mobilier de bureau	361
Mobilier des dispensaires	362
39 Amortissement cumulé	390
Amrt. cum. Equipement	392
Amrt. Cum. Mobilier	393
40 Impôts et taxes à payer	400
Taxes sur salaires - ONA	406
Obligations	410
54 Capitalisation des subventions	540
61 Services & ventes de produits pharmaceutiques	610
Consultations	611
Ventes de produits pharmaceutiques	612
Tests de laboratoire	613
Injections	614
Hospitalisation	615
Urgence	616
Revenu subventionnel	617
74 Frais administratifs	
Salaires	740
Directeur de l'hôpital	740-1
Comptable	740-2
Médecins	740-3
Personnel infirmier	740-4
Laborantin	740-5
Pharmacien	740-6
Caissier	740-7
Secrétaires	740-8
Personnel auxiliaire	740-9
Chauffeur	740-11
Amortissement	742
Voitures	742-5
Mobilier	742-6

Assurances	743
Fournitures de bureau	746
Fournitures médicales	746-1
Produits pharmaceutiques	746-2
Fournitures de laboratoire	746-3
Indemnités journalières	747

PLAN COMPTABLE DE MARCH

Poste du Budget

Personnel
 Commodités
 Evaluations
 Consultant
 Formation
 Déplacements et indemnités journalières
 Vérifications comptables

<u>INTITULE</u>	<u>CODE</u>
Caisse	1000
Fonds en caisse	1010
Petite caisse	1090
Banque	1110
Banque - ABSE	1121
Banque - IAF	1121-1
Banque - W.N.	1121-2
Comptes débiteurs	1300
Patients de l'hôpital	1311
Subvention - ABSE	1312
Subvention - IAF	1313
Subvention - W.N.	1314
Stocks	2000
Produits pharmaceutiques - Hôpital	2001
Produits pharmaceutiques - Installations	2002
Fournitures de bureau - Siège	2010
Fournitures de bureau - Hôpital	2011
Equipement	3500
Equipement d'hôpital	3510
Voitures	3540
Chevaux	3541
Mobilier de bureau	3600
Mobilier - Siège	3610
Mobilier - Hôpital	3620
Mobilier - Installations	3621
Impôts et taxes à payer	4000
Taxes et obligations sur salaires	4060
IRI	4061
ONA	4066
Fournisseurs	4100
Capitalisation - Subvention	5400
Revenu	6100
Revenu IAF	6510
Revenu ABSE	6520
Revenu W.N	6530
Dons - Médicaments	6540
Dons - Equipement	6550

Acquisitions	7000
Achat de médicaments	7020
Salaires	7400
Comptabilité/Gérant	7401
Coordonnateur	7402
Asst. Coord. Nord	7402-1
Asst. Coord. Gascogne	7402-2
Superviseur Mirebalais	7403
Animateurs Mirebalais	7404
Animateurs Gascogne	7404-1
Animateurs nord-ouest	7404-2
Chauffeurs	7405
Amortissement	7420
Amortissement - Mobilier de bureau	7426
Amortissement - Voitures	7427
Amortissement - Mobilier d'hôpital	7428
Assurances	7430
Fournitures de bureau - Siège	7460
Fournitures de bureau - Hôpital	7461
Fournitures de bureau - Installations	7462
Téléphone	7471
Carburant	7472
Electricité	7473
Entretien	7474
Formation	7475
Divers	7480
Audit	7481
Séminaires de village	7482
Avoir pour microprojets	7483
Indemnités journalières	7484
Taxes sur salaires	406
Obligations	410
Capitalisation des subventions	540
Ventes de produits pharmaceutiques et services	610
Consultations - Hôpital	611
Consultations - Installation #1	611-1
Vente de produits pharmaceutiques - Hôpital	612
Vente de produits pharmaceutiques - Installation #1	612-1
Laboratoire et radiographie - Hôpital	613
Laboratoire et radiographie - Installation #1	613-1
Revenu subventionnel	614
Salaires	740
Directeur du projet	740-1
Chef du projet	740-2
Comptable	740-3
Personnel auxiliaire	740-4

Médecins	740-5
Personnel auxiliaire	740-6
Secrétaires	740-7
Messagers	740-8
Gardiens	740-9
Fournitures de bureau	746
Fournitures médicales	746-1
Produits pharmaceutiques	746-2
Fournitures de laboratoire	746-3
Fournitures de radiographie	746-4
Fournitures médicales principales	746-5
Commodités - Dispensaires	747-1
Commodités - Adm	747-2
Loyer	747-3
Audit	750

BIBLIOGRAPHIE

- Akin, J., N. Birdsall et D. de Ferranti. "Le financement de services de santé dans les pays en développement: un programme de réformes." Etude de politique générale. Washington, D.C.: Banque mondiale, 1987.
- Augustin, Antoine. Notes sur la mortalité maternelle en Haïti. Pétienville: Child Health Institute, 1989.
- Berman, H. et L. Weeks. The Financial Management of Hospitals. Ann Arbor: Health Administration Press, 1982.
- Cayemittes, M. et A. Chahnazarian. Survie et Santé de l'Enfant en Haïti. Port-au-Prince: Editions de l'Enfance pour l'Institut Haïtien de l'Enfance, 1989.
- de Ferranti, D. "Le paiement des services de santé dans les pays en développement: une vue d'ensemble." Document de travail No. 721 des services de la Banque. Washington, D.C.: Banque mondiale, 1985.
- Dor, A. et J. van der Gaag. "La demande de soins médicaux dans les pays en développement: le rationnement des quantités en Côte d'Ivoire rurale." Document de travail No. 25 de l'Etude de mesure du niveau de vie. Washington, D.C.: Banque mondiale, 1988.
- Dornbusch, R. et S. Fischer. Macroeconomics. Deuxième édition. New York: McGraw-Hill Book Company, 1981.
- Eye Care MARCH, Rapports trimestriels 1988-1990.
- Frederiksen, K. "Pour des services de santé auto-entretenus à l'aide d'une gestion améliorée des coûts." Avant-projet remis au Child Health Institute, Haïti, septembre 1989.
- ~~Griffie, C. "Taxification des usagers dans le domaine des soins de santé: un principe et en pratique." Document No. 37 d'un séminaire de l'IDE. Washington, D.C.: Institut de développement économique de la Banque mondiale, 1988.~~
- Huff-Rousselle, M. "Phase de conception initiale du système de comptabilité de City-Med." Avant-projet remis à Eye Care MARCH, Haïti, septembre 1990.
- Iglesius, F. (Banque mondiale), communication personnelle, octobre 1990
- Jimenez, E. Pricing Policy in the Social Sectors: Cost Recovery for Education and Health in Developing Countries. Baltimore, MD: Imprimerie de l'université Johns Hopkins pour la Banque mondiale, 1987.
- Johnson, R.W. Financial Management, 4ème édition. Boston: Allyn and Bacon, Inc., 1972.

- Lewis, M. "Expérience acquise sur la tarification et le recouvrement des coûts dans les programmes de planification familiale." Document de politique générale No. 684 des services de la Banque. Washington, D.C.: Banque mondiale, 1985.
- Makinen, M. et S. Block. "Fixation des prix en vue du recouvrement des coûts dans les services de soins de santé primaires en Guinée: CCCD/Guinée." Arlington, VA: Projet REACH, août-septembre 1986.
- Makinen, M. "Rapport d'achèvement de mission: Haïti." Remis à A.I.D. Bethesda, MD: Projet de Financement et de Pérennisation de la Santé, 1990.
- Mansfield, E. Microeconomics. Quatrième édition. New York: W.W. Norton and Company, 1982.
- May, J. (The Futures Group), communication personnelle, octobre 1990.
- Rosenthal, G. et al. "Pour l'autofinancement des services de soins de santé primaires: une étude de marché de PROSALUD à Santa Cruz (Bolivie)." Health Care Financing in Latin America and the Caribbean Research Report No. 6. New York: Stony Brook, août 1988.
- Agence des Etats-Unis pour le développement international: "Accord de coopération avec City Med." Port-au-Prince, Haïti: USAID, juillet 1990.
- Young, D. Financial Control in Health Care: A Managerial Perspective. Rockville, MD: Editions Aspen, 1984.
- Wong, H. "Analyse des coûts à l'hôpital national de Niamey (Niger)." Washington, D.C.: Abt Associates Inc., décembre 1989.
- World Development Report. Washington, D.C.: Imprimerie de l'université d'Oxford pour la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD), 1990.